

Katedra: Pedagogiky a psychologie
Studijní program: B7505 Vychovatelství
Studijní obor (kombinace): Pedagogika volného času

Středně těžké mentální postižení a volný čas
Moderate mental retardation and leisure time

Bakalářská práce: 08–FP–KPP– 19

Autor:

Lucie SCHOVÁNKOVÁ (POLÍVKOVÁ)

Podpis:

.....

Adresa:

Vaněčkova 407
468 22, Železný Brod

Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Píša

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
57	0	2	4	14	5

V Liberci dne: 6.12.2010

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 06. 12. 2010.

Lucie Schováňková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala panu PhDr. Vladimíru Píšovi za odborné vedení této bakalářské práce a jeho přínosné konzultace a rady v průběhu jejího zpracování. Též mu velmi děkuji za jeho trpělivost. Dále pak děkuji paní Bc. Věře Bělkové za mnohaleté provázení službami sociální péče pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé a pomoc při sbírání informací do jedné z kazuistik.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou středně těžce mentálně postižených osob a trávení jejich volného času.

Teoretická část se zabývá úvodem do oblasti mentální retardace, blíže klasifikuje její jednotlivé stupně, popisuje zvláštnosti psychických procesů, možné příčiny vzniku, zabývá se vývojem takto postižených osob v jednotlivých fázích života. Dále jsou zde zpracovány nemoci u lidí s mentální retardací, vzdělávání a vzdělavatelnost těchto jedinců s bližší specifikací středně těžkého stupně, volný čas s rozdělením na strukturovaný a nestrukturovaný i motivaci. Je zde také pojednáváno o péči těchto osob v domácím prostředí a v ústavech sociální péče, o specifických přístupech k lidem s mentální retardací a autismem. Teoretickou část uzavírá Deklarace práv mentálně retardovaných.

V praktické části jsou uvedeny dvě kazuistiky chlapce a slečny se středně těžkým mentálním postižením. Cílem bylo dlouhodobé sledování jedinců s tímto typem handicapu se zaměřením na problematiku trávení volného času, které mělo přinést návrhy na pomoc takto postiženým lidem, jejich rodičům a dalším.

Klíčová slova

Mentální retardace, středně těžká mentální retardace, handicap, volný čas, vzdělávání mentálně postižených, ústavní péče, kazuistika.

Annotation

This thesis deals with moderate-severe mentally handicapped people and their leisure time.

The theoretical part is an introduction to the field of mental retardation, it further classifies the various stages, describes the peculiarity of mental processes, possible causes of origins. It deals with the development of such handicapped individuals at different stages of life. Illnesses of people with mental handicap, their education and their ability to be educated with focus on moderate-severe stage, their leisure time divided into organised and unorganised part, and motivation are also processed. The care for such persons in their home environment and social welfare houses and the specific approaches to people with mental retardation and autism are also mentioned. The theoretical part is concluded with the Declaration of Rights of Mentally Retarded.

The practical part contains two cases, a boy and a girl with moderate-severe mental handicap. The goal was a long-term monitoring of individuals with this type of handicap with a focus on their leisure time, which should bring proposals to help those handicapped people, their parents and others.

Keywords

Mental retardation, moderate-severe mental retardation, handicap, leisure time, education of mentally handicapped, inpatient care, casuistry.

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit Menschen mit einer geistigen Behinderung mittelschweren Grades und der Art und Weise, wie sie ihre Freizeit verbringen.

Der theoretische Teil beschäftigt sich einleitend mit Formen geistiger Behinderung, klassifiziert ferner deren unterschiedliche Stufen, beschreibt die Besonderheiten psychischer Prozesse, mögliche Ursachen ihres Auftretens und untersucht die Entwicklung der betroffenen Personen in einzelnen Lebensphasen. Des Weiteren werden hier Krankheiten bei Menschen mit geistiger Behinderung behandelt, deren Bildung und Bildungsfähigkeit mit näherer Spezifikation des mittelschweren Grades, zudem deren Freizeit mit der Unterteilung in strukturierte vs. unstrukturierte Freizeit sowie ihre Motivation. Darüber hinaus wird die Pflege der Betroffenen im häuslichen Umfeld und Anstalten sozialer Arbeit behandelt, ferner der spezifische Zugang zu Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus. Der theoretische Teil schließt mit einer Erklärung der Rechte geistig Behinderter ab.

Im Praxisteil werden Fälle eines Jungen und einer jungen Frau mit einer mittelschweren geistigen Behinderung als Kasuistik aufgeführt. Das Ziel war es, diese Individuen mit dieser Form der Behinderung über längere Zeit zu beobachten mit dem Fokus auf die Problematik ihrer Freizeitgestaltung, womit Lösungsvorschläge für die Hilfe der Betroffenen, ihrer Eltern und weiterer Personen erarbeitet werden sollten.

Schlagwörter

Geistige Behinderung, geistige Behinderung mittelschweren Grades, Handicap, Freizeit, Bildung geistig Behinderter, stationäre Betreuung, Kasuistik.

Seznam zkratk

MR mentální retardace

ÚSP ústav sociální péče

PAS porucha autistického spektra

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Přehledová tabulka MR

Tabulka č. 2 Klasifikace mentální retardace

Tabulka č. 3 Etiologie 1

Tabulka č. 4 Etiologie 2

Seznam obrázků

- Obr. 1 *Výlet na Kozákov, 2006. Foto: Lucie Schovánková.*
- Obr. 2 *Odborná praxe v ÚSP, 2006. Foto: Marta Böhmová.*

Obsah

I. Úvod.....	1
II. Teoretické zpracování problému.....	2
2.1 Co je mentální retardace?.....	2
2.1.1 Výskyt mentální retardace.....	3
2.1.2 Zvláštnosti psychických procesů.....	4
2.2 Klasifikace mentální retardace.....	5
2.3 Etiologie.....	8
2.4 Mentální retardace v jednotlivých obdobích života.....	13
2.5 Deklarace práv mentálně retardovaných.....	16
2.6 Vzdělávání a vzdělavatelnost lidí mentálně postižených.....	17
2.6.1 Vzdělávání lidí se středně těžkou mentální retardací.....	19
2.7 Volný čas.....	20
2.8 Péče o postižené v domácím prostředí a v ústavech sociální péče.....	22
2.8.1 Rodinná výchova.....	23
2.8.2 Systém ústavní péče.....	24
2.8.3 Specifické přístupy k lidem s autismem a s mentální retardací.....	26
2.9 Práce s lidmi se středním a těžkým mentálním postižením z pohledu pedagoga volného času.....	28
III. Praktická část.....	30
3.1 Uvedení do problematiky.....	30
3.2 Použité metody a jejich rozbor.....	30
3.3 Kazuistika č. 1 – Tomáš.....	31
3.3.1 Osobní anamnéza.....	31
3.3.1.1 Doplnění osobní anamnézy.....	33
3.3.2 Rodinná anamnéza.....	34
3.3.2.1 Doplnění k rodinné anamnéze.....	34
3.3.3 Pozorování.....	35
3.3.4 Rozhovor.....	36
3.3.4.1 Řízený rozhovor s Tomášem ze dne 12.10.2010.....	36
3.3.5 Analýza produktu – rozbor činnosti.....	40
3.3.6 Závěrečný komentář ke kazuistice č. 1.....	41

3.4 Kazuistika č. 2 – Lucie.....	43
3.4.1 Osobní anamnéza.....	43
3.4.2 Rodinná anamnéza.....	46
3.4.3 Řízený rozhovor s Lucií.....	47
3.4.4 Analýza produktu – rozbor činnosti.....	49
3.4.5 Závěrečný komentář ke kazuistice č. 2.....	51
IV. Závěr.....	52
V. Seznam použité literatury.....	54
VI. Seznam příloh.....	57

I. Úvod

Zájmy, koníčky, volný čas, efektivní trávení volného času... Tato slova jsou v posledních letech často skloňována a užívána v širším i užším významu. Globálně se zabýváme trávením volného času dětí, mládeže i dospělých, školních tříd i pracovních kolektivů. Tento fakt jde ruku v ruce nejen s obecnými měnícími se trendy výchovy a vzdělávání, ale také s konzumní společností jako takovou.

Rozvoj pedagogiky volného času jako samostatného oboru je v posledních letech veliký, a to nejen vlivem mnoha domácích odborníků, ale také díky délce porevolučního období a možnosti čerpání hodnotných informací a zkušeností ze západních států.

Tato práce si klade za cíl dlouhodobé sledování jedinců se středně těžkou mentální retardací, a to zejména v období nástupu puberty a adolescence se specifickým zaměřením na trávení jejich volného času. Práce se zaměří na konkrétní kazuistiky těchto osob, její vyústění by mělo spočívat nejen v určitém shrnutí této problematiky, ale také v návrzích, jak pomoci v jeho efektivním využití a trávení takto postiženým lidem, jejich rodičům, vychovatelům a dalším pracovníkům.

Důvodem mého zájmu o tuto cílovou skupinu je nejen fakt, že jsem s těmito lidmi dlouhodobě pracovala a měla v plánu s nimi pracovat i nadále, ale vedla mě k tomu také velmi osobní pohnutka. Postižení lidé provází naši rodinu již řadu let, přicházejí do ní a zase odcházejí. Přesto se o nich příliš nemluví. Natož o tom, jaké měli či mají koníčky.

Na základě svých dosavadních zkušeností předpokládám, že jedinci se středně těžkým mentálním postižením mají výrazně horší podmínky k smysluplnému trávení volného času. Osoby s intelektem v pásmu podprůměru či s lehkou mentální retardací jsou oproti těmto ve značné výhodě, a to nejen díky lepším komunikačním dovednostem a možnostem vzdělávání.

Práce shrnuje veškeré poznatky získané v období více než čtyř let, jejich analýza by mohla poskytnout nový náhled pro práci s lidmi se středně těžkým mentálním defektem, a to jak v domácím prostředí, tak i v ústavu sociální péče.

II. Teoretické zpracování problému

2.1 Co je to mentální retardace?

Mentální retardace, mentální postižení, subnormalita, slabomyslnost, oligofrenie, mentální defekt, duševní vada atd. To všechno jsou synonyma, se kterými se můžeme setkat v odborné literatuře, jež se zabývá psychopedií a stejně tolik najdeme také definic. Nejpřesnější a nepřipadnější vymezení tohoto pojmosloví jsem našla v knize Krejčířové a pro správnost je cituji celé [1, s. 12 - 13].

„Vymezení pojmu mentální retardace (dále jen MR) má velký význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu odborně speciálně diagnostické péče.

MR je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi. Z toho důvodu existuje v současnosti v naší i světové literatuře řada definic. Nejednotnost v označení defektu vyplývá především ze zdůraznění některých hledisek a teoretických postojů autorů.

Vlastní termín mentální retardace (z lat. Mens, 2.p. mentis = mysl, retardare = zdržet, zaostávat) byl uveden ve třicátých letech 20. Století Americkou společností pro mentální definici. (Vašek, S. 1994).

Jak již bylo uvedeno, definování MR je ovlivněno řadou faktorů a kritérií. Obecně je možné definici MR rozčlenit podle toho, z jakých hledisek je autoři koncipovali. Z hlediska posouzení inteligenčního kvocientu (IQ) jde o kvalitativní vyjádření rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu.

Z pohledu biologických faktorů je mentální retardace pojímána jako „trvalé poškození poznávací činnosti která vznikla v důsledku organického poškození mozku“. (Rubinštejnová, S. J. 1976).

Za syndrom podmíněný různými vodorovnými procesy v mozku považuje MR Mysliveček a zdůrazňuje i vývojový faktor: „Jde o zaostalý vývoj somatopsychické osobnosti, který je nesouměrný jakožto chorobný produkt přírody, a to u každého jedince jinak.“ (Černá, M., Novotný, J., Zemková, J. 1982).

Sociální hlediska je v definici zastoupeno tezí o trvalém snížení schopností jedince plně se socializovat. S tím koresponduje Benkovo vyjádření: „Člověk je z právního hlediska oligofrenik, jestliže si své záležitosti nemůže obstarat sám, nemůže se to naučit pro své vlastní dobro blaho společnosti, potřebuje dozor, kontrolu a péči.“ (Benko, J. 1971).

Uváděný přehled pohledů na MR od jednotlivých autorů není ještě zcela úplný, je však určitou sondáží do názorů na řešení otázky poruch rozumového vývoje.

O syntézu všech hledisek se v definování MR pokusil Dolejší. Podle něho je „MR vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečných genetických vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitním učením, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“. (Dolejší, M. 1973).

V současnosti je toto pojetí nejvýstižnějším řešením problematiky definování mentální retardace. Jednoznačně z ní vyplývá interdisciplinární charakter pohledu na mentálně retardovaného a vyjadřuje určitý stupeň zaostávání duševního vývoje za tělesným, vzhledem k příčině, stupni mentálního postižení, druhu a klinické formě.“

2.1.1 Výskyt MR

V současné době neexistuje přesný údaj o výskytu osob s mentální retardací v naší ani světové populaci. Souvisí to i tím, že dosud nebylo zcela sjednoceno pojetí mentální retardace. Obecně se však v naší i světové literatuře udává dvou až tříprocentní výskyt s nerovnoměrným rozložením vzhledem ke stupni postižení i vzhledem k pohlaví. Větší výskyt je zaznamenáván u mužů a nejvyšší procento mentálně retardovaných jedinců je podchyceno ve školním věku.

Terminologie

*pseudooligofrenie

- není způsobena nedostatečností CNS ani organickým postižením mozku, jedná se o oligofrenii sociálně podmíněnou, nejčastěji k ní vede výchovná zanedbanost, je to stav získaný a zvrtný (dispozice jsou v pořádku)

*oligofrenie (slabomyslnost)

- jsou označení pro snížení rozumových schopností do pásma defektu (IQ je větší nebo rovno 70) na základě organického poškození CNS, etiologie jsou různé

*demence

- tzv. sekundární snížení rozumových schopností
- je to nezvratný a získaný stav v průběhu života (nejdříve však po 2 letech věku) s trvalým úbytkem rozumových schopností, má různé etiologie.¹

2.1.2 Zvláštnosti psychických procesů

Na život mentálně retardovaných jedinců mají velký vliv také zvláštnosti psychických procesů, především v oblasti vnímání, pozornosti, paměti a myšlení.

Vnímání mentálně postižených bývá zpomalené, málo diferenciované a má úzký rozsah. Nejde tedy do potřebné hloubky ani šířky. Tento proces také ztěžují přidružené smyslové vady a nedostatečná soustředěnost pozornosti.

Také rozsah pozornosti je zúžený, snížená je i schopnost jejího rozdělování – je většinou nestálá, kolísavá, rozptýlená.

Hlavním znakem paměti je pomalé tempo osvojování nových poznatků, nestálost uchování a nepřesnost ve vybavování. Často zde proto hovoříme o tzv. mechanické paměti, která u mentálně postižených převažuje nad logickou.

Nejnápadnější však je na celé mentální retardaci myšlení, které se vyznačuje značnou konkrétností a malou schopností zobecňování, často bývá charakterizováno jako chudé. Myšlenkové operace, především analýza a syntéza, jsou neplnohodnotné. S myšlením úzce souvisí i řeč, která je postižena hlavně po stránce obsahové. Nedostatečné vyjadřování brání dětem v socializaci, zejména však při vztahu matka – dítě – ostatní členové rodiny.

¹ ŠVINGALOVÁ, D., Vybrané kapitoly z psychopedie, s. 19 – 44.

Zvláštnosti jsou i v projevech citových a volních. Patrná je zvýšená sugestibilita, citová i volní labilita, nestálost nálady, impulsivnost, agresivita, proti tomu také úzkost a pasivita.

Všechny uvedené zvláštnosti (v odborných literaturách jsou popisovány ještě mnohé další) jsou individuální především vzhledem k charakteru a hloubce postižení. Vliv na ně má také sociální prostředí, v němž postižený jedinec žije a důležitý je i momentální celkový stav.

2.2 Klasifikace MR

Při klasifikaci MR je užíváno nejrozličnějších hledisek, z nichž nejčastější je hloubka postižení vyjadřována jednotlivými stupni, které jsou stanoveny v závislosti na míře intelektu. Výsledek vyšetření je tedy vyjádřen stupněm inteligence, tzv. inteligenčním kvocientem (IQ). Tato klasifikace byla přijata Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a rozlišuje čtyři kategorie: hlubokou, těžkou, střední a mírnou. K nim také patří pásmo lehkého podprůměru, které je někdy označováno jako lehká MR. Zařazování jedinců do jednotlivých kategorií se řídí výsledky dosaženými v IQ testu.

Mezi stanovenými stupni MR jsou plynulé přechody.²

Tabulka č. 1 Přehledová tabulka MR

Pásmo MR	IQ
Hluboká	0 – 22
Těžká	23 – 39
Střední	40 – 54
Mírná	55 – 69
Podprůměr	70 – 85
Hraniční	86 – 90

Zdroj: ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1998, s. 38. ISBN 80-7083-282-7.

² ŠVINGALOVÁ, D., *Vybrané kapitoly z psychopedie*, s. 39.

Tabulka č. 2 Klasifikace mentální retardace

	Hluboká	Těžká	Střední	Mírná
Neuropsychický vývoj	celkově omezen (minimální kapacita v oblasti senzomotorické)	značně omezen (částečná kapacita v oblasti senzomotorické)	omezen (částečný rozvoj v oblasti senzomotorické)	částečně omezen, popř. opožděn (rozvoj v oblasti senzomotorické)
Somatické vady	časté	Časté	méně časté	ojedinělé
Poruchy motoriky	časté, nápadné (stereotypní pohyby)	časté, méně nápadné, pohybová neobratnost, omezení motorického vývoje	méně časté, omezení motorického vývoje, nápadná nekoordinovanost pohybů	ojedinělé, opoždění motorického vývoje, poruchy jemné motoriky a pohybové koordinace
Poruchy psychiky	totální poruchy psych. procesů	značné omezení psych. procesů, nápadnosti v koncentraci pozornosti	omezení psych. procesů, slabá schopnost kombinace a usuzování	snížená aktivita psych. procesů, nerovnoměrný rozvoj psych. funkcí, konkrétní, názorné a mechanické schopnosti rozvinuty
Komunikace a řeč	nonverbální, neartikulované výkřiky, grimasování	minimální rozvoj komunikativních dovedností a řeči, izolovaná slova, značné poruchy formální stránky řeči	omezený vývoj řeči, rozvoj komunikativních dovedností, jednoduchá slovní spojení nebo jednoduché věty, nápadné	opožděný vývoj řeči, rozvoj komunikativních dovedností, obsahová chudost, jednoduchá, někdy

			poruchy formální stránky řeči	agramatická stavba vět, časté poruchy formální stránky řeči
Poruchy citů a vůle	totální, též sebepoškozování	značné, nestálost nálad, impulsivita	porušení, značná labilita, zkratkové jednání	popudlivost, impulsivnost, pasivita, úzkost, zvýšená sugestibilita
Možnost výchovy a socializace	u jednotlivců jednoduché návyky sebeobsluhy	návyky sebeobsluhy, jednoduché pracovní činnosti pod stálým dohledem, u jednotlivců elementární školní vzdělání	zapojení do jednoduché pracovní činnosti pod dohledem, u jednotlivců elementární školní vzdělání	omezené základní vzdělání za předpokladu vytvoření specifických podmínek, společenské a pracovní zapojení pod vedením“

Zdroj: ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1998, s. 39. ISBN 80-7083-282-7.

Středně těžká mentální retardace (F71)

Jak uvádí Švarcová [2, s. 34 - 35]: „*U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání.*

Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně těžce mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U některých z nich lze diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které výrazně ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závislá na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu*
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu)“*

2.3 Etiologie

Klasifikace podle etiologie je ze všech nejproblematictější, protože většinou nelze zcela jednoznačně určit, jestli je mentální retardace způsobena pouze vlivy biologickými a do jaké míry se na ní podílejí vlivy sociální a životní zkušenosti jedince.

Klasifikace etiologických faktorů podle Penrose:

Tabulka č. 3 Etiologie 1

Příčiny dědičné	
1. dávné	způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
2. čerstvé	spontánní mutace

Tabulka č. 4 Etiologie 2

Příčiny vzniklé vlivem prostředí	
1. v raném těhotenství	poškození oplozeného vajíčka
2. v pozdním těhotenství	infekce, špatná výživa, inkompatibilita
3. intranatální	abnormální porod
4. postnatální	nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Zdroj: ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1999, s 40. ISBN 80-7083-356-4.

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

1. následky infekcí a intoxikací:

- prenatalní infekce (např. zarděnky, syfilis)
- postnatální infekce (např. zánět mozku)
- intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem)
- toxoplazmóza

2. následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie)
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie

3. poruchy výměny látek, růstu, výživy

- spadá sem asi 8% MR

Kretenismus

- od začátku nitroděložního vývoje mozek plodu trpí nedostatkem jodu a tím i nedostatkem hormonů štítné žlázy
- projevuje se těžkou poruchou vývoje celého těla, ale zejména mozku

- tělesné příznaky: malá postava, krátké končetiny, tlusté prsty, pokožka suchá a loupe se, lebka krátká a široká, obličej kulatý, chraptivý a skřehotavý hlas, obezita
- psychické příznaky: oligofrenie torpidního typu

Galaktosemie

- porucha metabolismu glycidů
- dědičné onemocnění
- dochází k hromadění mléčného cukru v organismu a v důsledku toho k postupnému poškození jater, šedému zákalu, oligofrenii a trpasličímu vzrůstu
- špatně metabolicky zpracováváno mléko a mléčné výrobky

Fenylketonurie

- porucha metabolismu bílkovin, která vzniká nedostatkem jaterního enzymu
- dědičná v tom smyslu, že rodiče jsou zdraví přenašeči
- typický zápach moči po myšíně
- pokud se včas neodhalí a není dodržována dieta, dochází k hromadění škodlivých produktů v těle a sekundárně dochází k poškození mozku a rozumových schopností

4. chromozomální aberace

Downův syndrom (mongolismus) – tvoří asi 10 % MR

- vyznačuje se tělesnými příznaky (menší vzrůst, krátké končetiny s paličkovitými prsty, někdy bývá na dlani příčná rýha, tzv. opičí rýha, svalstvo je hypotonické, klouby zvýšeně pohyblivé, kůže je suchá, lebka je krátká, oči jsou úzké a šikmo posazené, mívají náznak třetího víčka a jsou dále od sebe, nos je malý a tupý, malá brada, porucha vývoje zubů, vlasy rovné, řídké, hrubé, menší, níže postavené uši)
- 40 % trpí srdeční vadou, v jejímž důsledku dříve předčasně umírali
- častěji trpí karcinogenními nádory a leukemií
- duševní příznaky: 80 % postižených se nachází v pásmu středního mentálního postižení
- většinou po pubertě (někdy již kolem 10 roku) se psychický vývoj zhoršuje, klesá IQ nebo jejich psychický vývoj stagnuje
- neschopnost abstraktního myšlení, myšlení je ulpívavé, nejsou schopni početních úkonů, naučí se rozeznávat barvy, smysl pro rytmus, poměrně dobrá orientace v jednoduchých praktických situacích
- jsou milí, přítulní, dobře emocionálně ladění, neagresivní, sklon k napodobování
- dobrý vztah k jídlu, proto jsou často obézní

Praderův-Williho syndrom (PWS)

- genetická porucha, jejíž výskyt je zapříčiněn anomálií ve specifické části 15. chromozomu
- typickými klinickými znaky jsou snížený svalový tonus, malý vzrůst, nedostatečný pohlavní vývoj a chronický pocit hladu (neschopnost dosáhnout sytosti) – nutnost celý život dodržovat dietu
- mentální schopnosti leží obvykle v oblasti lehké nebo středně těžké mentální retardace, IQ vyšší než 90 má pouze asi 10% jedinců
- objevují se nutkavé myšlenky, stereotypní vyjadřování, sbírání a hromadění předmětů, sebepoškozování kůže (vyštipování kůže – zjištěno asi u 80% jedinců), impulzivní vztek a agresivita
- obsesivně-kompluzivní chování bylo zaznamenáno u 37-58% lidí s PWS, hlavními symptomy byly hromadění, řazení a upravování polohy, zájem o symetrii a přesnost, nutkavost něco sdělit, vědět nebo položit otázku

Angelmanův syndrom

- porucha je způsobena odchylkou na 15. chromozomu, v roce 1965 ho poprvé popsal anglický lékař Harry Angelman
- mezi základní projevy patří těžká mentální retardace, absence řeči nebo je přítomno pouze několik slov (obvykle 1 – 4 slova), porozumění řeči a neverbální komunikace na lepší úrovni, ataxie chůze a třes horních končetin, ruce zdvižené podél trupu vzhůru, frekventovaný hlasitý smích i úsměv, přílišná reaktivita na okolní vzruchy často doprovázená stereotypním máváním rukama, krátký rozsah pozornosti, dyskoncentrace, motorická hyperaktivita, často (ne vždy) přidružená epilepsie, potíže s polykáním, strabismus, přecitlivělost na horko

Leshův-Nyhanův syndrom

- je způsoben genetickou poruchou lokalizovanou na chromozomu X, která od narození způsobuje narušení metabolismu kyseliny močové
- porucha se vyskytuje pouze u chlapců, ženy jsou jejími přenašečkami
- syndrom se projevuje mozkovou obrnou s choreoatetonickými pohyby, mentální retardací a kompluzivním sebezraňováním

- dříve panoval názor, že se sebezraňující chování projevuje u všech osob s tímto syndromem, nynější studie ale udávají, že u některých chlapců se nemusí projevit vůbec (až 85%), obecně platí, že čím dříve se sebezraňování objeví, tím bývá závažnější
- mezi časté zraňující chování pak patří kousání se do rtů, do vnitřku úst a do rukou, pokud se tomuto nezabrání, může dojít až ke ztrátě prstů či rtů, chování je obvykle mimo vůli, práh bolesti nebývá snížený, tito lidé křičí bolestí a mohou požadovat, aby jim bylo v sebezraňování zamezeno

Syndrom Smith-Magenis

- příčinou je chybějící část 17. chromozomu
- v rámci syndromu je přítomna různě závažná mentální retardace, nejčastěji v pásmu 50 – 60, přítomny bývají poruchy spánku, hyposenzitivita na bolest, opožděný vývoj řeči, hyperaktivita, sebezraňující bouchání hlavou, kousání nehtů a rukou, vyštipování kůže, nehtů na rukách i nohách, nutkavé škrábání oděrek, záchvaty vzteku, destruktivní a agresivní chování, zvýšená celková dráždivost, mačkání rukou při vzrušení
- v oblasti sociálního chování touží tito lidé po pozornosti a sociální interakci, kladně reagují na sociální odměny
- klinická symptomatika tohoto syndromu není příliš výrazná, proto se předpokládá, že výskyt může být častější, než je známo

5. poruchy počtu pohlavních chromozomů

Turnerův syndrom

- postihuje dívky, které mají o jeden pohlavní chromozom méně
- konečná výška 130 – 150 cm
- ramena a hrudník jsou široké, pánev úzká, mentální postižení může být i nemusí

Klinefelterův syndrom

- vzniká u chlapců
- často v kombinaci s oligofrenií a velkým vzrůstem

6. nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy

- vrozený hydrocefalus
- mikrocefalie
- glykogenózy a další

7. nezralost a vážné duševní poruchy

8. psychosociální deprivace

- snížení intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek

9. jiné a nespecifické etiologie³

2.4 MR v jednotlivých obdobích života

Švingalová popisuje vývoj jedince s mentální retardací v individuálních fázích bytí takto [3, s. 42 - 43]: „*V kojeneckém věku* bývají nápadné různé poruchy vegetativní, zaostávají pohybové funkce, porušena je senzomotorická koordinace. Motorika zaostává i ve stádiu batolecím. Těžko se také v tomto období vytvářejí základní hygienické návyky, dítě většinou nedovede samostatně jíst. Řeč se objevuje opožděně a bývá od počátku nesprávná. Podobně je tomu i *v předškolním věku*, kdy je více rozvinuto porozumění řeči než vlastní aktivní řeč. Vystupují zde výrazněji rozmanité poruchy vnímání, snížena bývá schopnost komunikace a navazování sociálních kontaktů. Hra mentálně postižených dětí v předškolním věku je málo vynalézavá, zájmy jsou roztržité, dítě jen těžko spolupracuje s druhými dětmi, jeví spíše nezájem o svět kolem sebe, bývá uzavřené, jakoby pohroužené do sebe. U vzrušivých typů můžeme pozorovat nadbytečný neklid, neúčelné pohyby a pobíhání bez cíle. Nejvíce zvláštností se u mentálně postižených objevuje *ve školním věku*, kdy stoupají nároky na funkci myšlení. Nedostatečná abstrakce a malá schopnost (až neschopnost) zevšeobecňování jsou zde velice nápadné.

Důležitým vývojovým obdobím je také **dospívání**. I zde nacházíme řadu zvláštností, které lze jen těžko zobecnit, protože toto bouřlivé vývojové období má snad nejvíce možných variant, často zcela extrémních. Na jedné straně dochází k opožďování a prodlužování tělesného dospívání, na druhé straně se však setkáváme i s dopíváním předčasným. Obě tyto zvláštnosti spolu s řadou nejrůznějších projevů se pak promítají do psychické oblasti. Dospívající bývají podráždění, přecitlivělí, citově labilní a uzavření. U některých, zvláště u lehčeji postižených,

³ ŠVINGALOVÁ, D., Vybrané kapitoly z psychopedie, s.

ČADILOVÁ, V., JÚN, H., THOROVÁ, K. et al., Agrese u lidí s mentální retardací a autismem, s. 31 – 50.

dochází ke zlepšení celkového stavu, což je způsobeno především sociálními faktory, výchovou a rozvojem pracovní činnosti, v níž většina mentálně postižených má úspěch.

***Období dospělosti, stárnutí a stáří** je dosud nejméně probádanou oblastí. Historicky to zřejmě způsobila skutečnost, že osoby s mentální retardací se nedožívaly vyššího věku a „nebylo třeba“ se jimi zvláště zabývat. Kromě toho se mnozí lehce mentálně postižení pracovní a společensky přizpůsobují své společnosti, využívají služeb a nabízené pomoci. V poslední době se pozornost soustřeďuje na středně a těžce mentálně postižené dospělé jedince, jejich pracovní zařazení, bydlení a zapojení do nejbližší společnosti. Málo je také známo o procesu stárnutí osob s mentální retardací. Z několika ojedinělých výzkumů vyplývá pouze to, že pásmo individuálních variací stárnutí je mnohem širší než u lidí nepostižených.“*

Poruchy u lidí s mentální retardací spojené s věkem

S postupně se prodlužující délkou života roste i počet starších lidí s mentální retardací. V třicátých letech 20. století se lidé s MR dožívali v průměru 20 let, v devadesátých letech to bylo již přes 60 let.

Problémy a míra závislosti na asistenční péči stoupají s přibývajícím věkem. V důsledku vyššího věku se u některých osob s MR zhoršují mentální schopnosti i pohyblivost. Život jednoho člověka s MR z deseti je zcela závislý na péči druhé osoby o jeho nejzákladnější potřeby.

S věkem přibývá u lidí s MR psychických i fyzických problémů. Psychiatrická diagnóza je pětikrát častější než u dospělých stejného věku. Přibližně 75% lidí s MR starších 65 let má výrazné psychiatrické komplikace.

Demence

Demence je velmi častým problémem, s nímž se u lidí s MR setkáváme. Obzvláště lidé s Downovým syndromem mají zvýšené riziko Alzheimerovy choroby, která se u lidí s MR objevuje již okolo 40. roku. Alzheimerova choroba se řadí k degenerativním onemocněním mozku. V důsledku nemoci v mozku vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají v okolí mozkových buněk jako tzv. amyloidové plaky a způsobují poškození a odumírání buněk a

jejich spojů. Prvním projevem je zhoršující se krátkodobá paměť i ostatní kognitivní funkce (myšlení, úsudek).

Po 50. roce věku u asi poloviny lidí s Downovým syndromem zjišťujeme příznaky Alzheimerovy choroby. Často se přidávají také epileptické záchvaty. Demencí trpí před 70. rokem již 75% lidí s Downovým syndromem. Demence a Alzheimerova choroba se netýkají pouze lidí s Downovým syndromem, ale jsou velkým rizikem i pro ostatní lidi s MR.

Mezi typické symptomy demence u lidí s MR patří agitovanost (nesoustředěnost, neklid, vznětlivost, neúčelné, rychle se měnící, bezcílné jednání), neschopnost přizpůsobit se běžným požadavkům, epizody afektivních výbuchů a agresivity. Často se přidružuje sociálně nevhodné chování a deprese.

Nemoci u lidí s mentální retardací

Dospělí s MR jsou mnohem náchylnější k nemocem než jejich vrstevníci. Zhruba dvě třetiny lidí s MR trpí nějakou chronickou nemocí. Čím hlubší MR, tím více somatických (tělesných) problémů. Každá dospělá osoba s MR má v průměru pět zdravotních diagnóz. Odhaduje se, že zhruba polovina nemocí zůstává nediagnostikována, a tudíž neléčena. Průměrný věk osob s MR je 65 let, což je méně než u zbytku běžné populace. Nejčastějšími příčinami smrti bývají srdeční choroba, rakovina, demence, onemocnění plic a dýchacích cest.

Proces diagnózy onemocnění je u lidí s MR i pervazivní vývojovou poruchou mnohem složitější, a to z několika důvodů. Patří sem nedostatečně rozvinuté řečové schopnosti, schopnost popisovat pocity a vyjadřovat slovně probíhající myšlenky bývá obzvlášť snížena. Onemocnění, ať už mentální, nebo somatické, obvykle spíše signalizuje změna chování. Deprese se tak obvykle projevuje otažitostí, nezájmem o okolí a aktivity a sníženou schopností reagovat. Rozvíjející se psychotické onemocnění na sebe upozorní poruchou spánku, agitovaností, agresivním chováním a neadekvátními emočními výbuchy. Chronická bolest může být také jednou z příčin dramatické změny chování.

Spojení s duševními poruchami

Pervazivní vývojové poruchy i MR se mohou spolu vyskytovat s řadou duševních poruch. Rozvinout se mohou izolované psychotické symptomy, ale i schizofrenie, úzkostné a afektivní poruchy.⁴

⁴ ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. et al., Agrese u lidí s mentální retardací a autismem, s. 51 – 53.

2.5 Deklarace práv mentálně retardovaných

V tomto dokumentu, který byl přijat dne 20. prosince 1971 na Valném shromáždění OSN se pojednává o tom, jak by mělo být k lidem s mentálním postižením přistupováno, a to jak např. ve vzdělávání, tak i co se týče běžných práv v životě člověka. Protože se v této práci komplexně životem mentálně postižených zabývám, rozhodla jsem se zde práva ocitovat[4]:

1. *„Mentálně retardovaná osoba, pokud je to možné, má stejná práva jako ostatní občané.*
2. *Mentálně retardovaná osoba má právo na řádnou léčebnou péči, na výuku a rozvoj, které umožní rozvinout v maximální míře její možnosti a schopnosti.*
3. *Mentálně retardovaný má právo na hospodářské zabezpečení a přiměřenou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.*
4. *Pokud je to možné, mentálně retardovaný má žít s vlastní rodinou nebo v zařízení, které rodinu plně nahrazuje. Zařízení, v němž žije, má být podporováno veřejností. Jestliže je nezbytné umístění ve speciálním zařízení, musí být prostředky i podmínky tohoto zařízení co nejvíce podobné normálnímu životu.*
5. *Mentálně retardovaný má právo využít kvalifikovaného opatrovníka, jestliže si to vyžaduje jeho osoba nebo jeho osobní zájmy.*
6. *Mentálně retardovaná osoba má právo na ochranu před vykořisťováním, využíváním a znevažováním. Pokud by byla žalována pro jakýkoliv přestupek, má právo na právní proces s plným respektováním stupně své duševní zodpovědnosti.*
7. *Pokud se zřetelem na stupeň svého postižení někteří mentálně retardovaní nejsou schopni realizovat svoje práva, tedy jestliže je nutné jejich omezení nebo odepření, uskutečnění tohoto omezení nebo odepření práv má ochránit mentálně retardovaného od zneužití. Tento postup má být založen na zhodnocení společenských schopností postiženého kvalifikovaným expertem. Omezení práv nebo jejich odepření má být podrobena pravidelné kontrole a mentálně retardovaný má právo odvolání k vyšším instancím.“*

2.6 Vzdělání a vzdělavatelnost lidí mentálně postižených

Není ještě tak daleko doba, kdy byly mentálně postižené děti „úředně“ rozdělovány na vzdělavatelné a nevzdělavatelné. Vše souviselo s úrovní školství, které nemělo k dispozici školy a zařízení pro vzdělávání dětí s těžšími formami mentálního postižení, s úrovní speciální pedagogiky – psychopedie, která doposud zaostává za pedagogickou praxí při vzdělávání dětí se závažnějším mentálním postižením.

Do dnešního dne nikdo uspokojivě nezodpověděl otázku, zda všichni lidé s mentálním postižením jsou vzdělatelni, kde jsou hranice jejich vzdělavatelnosti či nevzdělavatelnosti a jaká míra úrovně rozumových schopností ještě umožňuje člověku, aby byl vzděláván.

V současné době také prochází vývojem terminologické vymezení pojmů výchova a vzdělávání a chápání jejich vzájemných vztahů. Mluvíme tedy u lidí s mentálním postižením o výchově nebo o vzdělávání? Je možné tvrdit, že klienti ústavů sociální péče nejsou vzdělávání, pokud s nimi nepracují učitelé, ale vychovatelé? Poznání v oblasti vzdělávání lidí s mentálním postižením se stále rozvíjí. Dnes už jsou i u nás do pravidelné školní docházky zařazovány děti, které by ještě před několika málo lety byly od povinného vzdělávání osvobozeny. U mnoha těchto dětí jsou zaznamenávány značné pokroky v jejich psychickém i tělesném vývoji, v jejich socializaci i chování.

Velmi důležitým pomocníkem při výchově dětí s mentální retardací jsou speciální předškolní zařízení. Děti předškolního věku s mentálním postižením mohou navštěvovat buď speciální mateřskou školu pro mentálně postižené denního, případně internátního typu, běžnou mateřskou školu, nebo speciální třídu pro mentálně postižené děti při běžné mateřské škole. Zde je zajišťována soustavná individuální péče v oblasti hrubé i jemné motoriky, v oblasti rozvíjení řeči, myšlení a to vždy v úzké spolupráci s rodinou. Pomocí individuálních i kolektivních her se rozvíjí smyslové vnímání, praktické dovednosti a návyky sebeobsluhy.

Děti školního věku s lehkou mentální retardací jsou obvykle vzdělávány v základních školách praktických. V těchto školách je snížený počet žáků ve třídě a učitel pracuje dle individuálních plánů.

Žáci s takovými nedostatky rozumového vývoje, pro které nemohou být vzdělávání ani dle plánů základních škol praktických, ale jsou schopni osvojit si alespoň některé prvky

vzdělávání, mají vypracovány plány dle osnov tzv. základních škol speciálních pro děti se středním a hlubokým mentálním postižením (dříve základní školy pomocné). Obsah výchovy a vzdělávání se zaměřuje na vypěstování správných návyků sebeobsluhy, osobní hygieny a na rozvoj přiměřených poznatků a pracovních dovedností s předměty denní potřeby. Vzdělávají se zde především žáci s mentálním postižením středního stupně, proto je zde velmi důležitá speciálně pedagogická péče, malý počet žáků ve třídě a speciální pomůcky. V těchto školách je vzdělávání desetileté a mělo by žáky vybavit především tzv. triviem (čtení, psaní, počítání).

Pro děti s těžkými mentálními poruchami existují tzv. rehabilitační třídy. Tyto děti vyžadují nejen jiný obsah vzdělávání a odlišné metody práce, ale i speciálně upravené podmínky odpovídající jejich potřebám a závažnosti jejich postižení. Vzhledem k významnému poškození kognitivních funkcí u většiny žáků je nereálné počítat s osvojením trivia. Lze však rozvíjet komunikační dovednosti, pohyblivost, naučit je návyky sebeobsluhy. Počet žáků ve třídě je stanoven na čtyři až šest.

V pozdějším věku po skončení základní docházky se lidé s mentální retardací mohou vzdělávat na odborných učilištích formou dvouletých učebních oborů nebo tzv. praktické třídy.⁵

Pro doplnění uvádím citaci Pipekové v knize Fischera a Škody [5, s. 99]. „*Výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných osob je nutné chápat jako celoživotní proces. Tento proces můžeme realizovat přímo v rodinách, v ústavních zařízeních sociální péče a ve vzdělávacích zařízeních. Vzhledem k limitu v poznávacích procesech oproti většinové populaci výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování znalostí a dovedností a soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolních skutečností. Učení je dle zkušenosti řady pedagogů hlavní a nejúčinnější terapií mentální retardace.*“

⁵ ŠVARCOVÁ, I., Mentální retardace, s. 65 – 110.

2.6.1 Vzdělávání lidí se středně těžkou mentální retardací

Uvažování postižených lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. U jedinců zařazených do této kategorie se pomalu rozvíjí chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Někteří jedinci potřebují dohled po celý život. Také pokroky ve škole jsou omezené, ale někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních dovedností a jsou vhodné pro pomalé žáky s omezenou výkonností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly ve schopnostech. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a jednoduché konverzace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí jsou schopni domluvit se jen o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace k částečnému kompenzování své neschopnosti domluvit se řečí. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U podstatné části pacientů je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Epilepsie, neurologické a tělesné handicapy se také obvykle vyskytují, i když většina z postižených může chodit bez pomoci. Někdy je možno zjistit jiná psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.⁶

⁶ ŠVARCOVÁ, I., Mentální retardace, s. 65 – 107.

2.7 Volný čas

Velmi jasně a srozumitelně se volnočasovými aktivitami lidí s mentálním postižením zabývá Eva Čadilová [6, s. 82 - 85]. „*Problémy související s trávením volného času u lidí s mentální retardací velmi často souvisejí s deficitem v oblasti sociálních dovedností. Přestože si lidé svůj volný čas plánují samostatně, u nich s tím nelze počítat je jim třeba volný čas plánovat podobně jako jiné činnosti. Činnost i doba musí být vizualizovány, prováděná činnost musí mít předvídatelný začátek i konec. Klient si činnost pro volný čas musí umět zvolit. Pokud si nejsme jisti, že je schopen si vybrat sám, začneme s výběrem ze dvou činností, o nichž víme, že jednu má rád a druhou ne. Tím mu jednak výběr usnadníme (hůře se vybírá ze dvou oblíbených činností), jednak se přesvědčíme, že výběr chápe. Pokud si vybere činnost, kterou nemá rád, je pravděpodobné, že ji velmi rychle opustí nebo ji vůbec nezačne vykonávat. Pak máme šanci nabídnout mu oblíbenou činnost znovu.*

Mnohé činnosti, které vyžadují určitou úroveň sociálních dovedností a které mají lidé s mentálním postižením rádi (různé oslavy, soutěže, hry apod.), jsou například pro lidi s autismem jen obtížně zvládnutelné, často nesnesitelné (hluk, nepředvídatelnost, mnoho lidí pohromadě, změna apod.). Klient s mentálním handicapem se bude několik dní neskonalé těšit, až při oslavě rozbalí dárek.

Volný čas strukturovaný

Strukturovaný volný čas zahrnuje takové aktivity, které jsou organizovány personálem příslušného zařízení. Klienti si ve většině případů dokážou na základě svých zájmů vybrat některý z nabízených zájmových kroužků (výtvarné, pohybové apod.). Pokud se výběr nepodaří, měli bychom klienta zařazovat do kroužku na základě toho, co rád dělá. Vlastní činnost mu pak nabízíme úplně stejně jako jinou aktivitu v denním režimu a provádí ji stejně jako činnost pracovní. Lépe samozřejmě ob stojí tam, kde bude moci pracovat individuálně a nebude nucen kooperovat s ostatními klienty.

V rámci organizovaného volného času se v zařízeních uskutečňují vycházky a výlety. Pro řadu klientů může smysl takové akce dávat její praktické využití, např. cestou něco koupíme v obchodě anebo motivace, např. bereme si s sebou svačinu, kterou cestou sníme, navštívíme restauraci nebo cukrárnu za účelem občerstvení apod.

Volný čas nestrukturovaný

V době volného času klient může provádět jakoukoliv aktivitu, aniž by ohrožoval sebe a ostatní klienty. Zohledňují se jeho zájmy, které mohou být z našeho pohledu velmi často nesmyslné, stereotypní až rigidní.

Nestrukturovaný volný čas zařazujeme do denního režimu úplně stejně jako jiné aktivity. Tato doba slouží k relaxaci klientů, a proto by měla být zařazována několikrát během dne. Protože se jedná o dobu, kdy klient vykonává oblíbenou činnost, může nastat problém ve chvíli, kdy má tuto činnost ukončit. Proto se doporučuje používat např. dopředu nastavenou kuchyňskou minutku, u zdatnějších klientů se můžeme na čas domluvit, a oni si jej pak hlídají na hodinách sami.

Velmi často se může stát, že klient během volného času uplatňuje činnosti, které odpovídají mladšímu fyzickému věku (jsou infantilní) – např. si hraje s plyšáky, přenáší je, skládá je do řady, rád sleduje v televizi kreslené pohádky. Pokud je to jeho volba, pak ji musíme beze zbytku respektovat.

Pokud mu však činnosti nabízíme, pak se snažíme, aby úroveň jeho fyzického věku odpovídala (např. tomu, kdo rád skládá puzzle, budeme předkládat takové, jejichž motivy jsou vhodné pro dospělého člověka).

Motivace

Všichni pracující očekávají, že za svou práci budou patřičně odměněni. Vydělané peníze jsou pro ně motivací, aby pracovali co nejlépe. U lidí v ústavech předpokládáme, že budou pracovat, aniž by za práci něco dostali, a že odměnou je pro ně práce sama. To je však obrovský mýtus, a proto si personál na klienty velmi často stěžuje, že je nic nebaví, že nechtějí nic dělat apod.

Pokud chceme, aby klienti pracovali pravidelně, musíme jim zajistit pracovní smlouvu a finanční odměnu za vykonanou práci. Ani to pro ně však nemusí být dostatečnou motivací, pokud nemohou s vydělanými penězi manipulovat a koupit si za ně, co si přejí. Mnohdy se stává, že si klient měsíčně vydělá i několik tisíc korun, ale kapesné dostane ve výši pouze několika set, ostatní peníze mu jdou na účet, aniž by byl srozumitelně informován o jeho stavu. Je pochopitelné, že pokud je klient zbaven způsobilosti k právním úkonům, může manipulovat jen určitou finanční částkou, nicméně by měl vždy vědět, kolik peněz má, resp. co si může plánovat za ně koupit. Lidé v ústavech mívají velmi reálná přání a stačilo by jim

každý měsíc vizualizovat, kdy na ně finančně dosáhnou. Bez vysvětlení a sledování výdělku k motivaci pracovat nepřispěje ani finanční ohodnocení.

Pokud klient v ÚSP nepracuje za finanční odměnu, pak jsou všechny nabízené činnosti pouze dobrovolné a záleží na personálu, jakým způsobem se mu podaří ho motivovat k nabízeným aktivitám.

Formy motivace

Nejnižší formou motivace je materiální odměna, např. jídlo, které má pro daného klienta význam odměny (sladkost), peníze nebo i drobné předměty. Materiální odměnou může být i pozvání do cukrárny apod.

Vyšší formou odměny je činnostní odměna, tj. vykonávání některé oblíbené činnosti, např. poslech hudby, práce na počítači. I tuto odměnu je třeba dopředu zařadit do pracovního schématu nebo denního režimu.

Nejvyšší možnou odměnou je sociální odměna, např. verbální pochvala, ocenění za provedenou práci. Tato odměna může dobře fungovat u jinak postižených lidí (udělají tuto práci proto, že mají rádi člověka z personálu apod.), avšak u lidí s autismem sociální odměna příliš nefunguje, řada z nich ji vůbec nechápe, a i když ji vždy ve vztahu ke klientovi uplatňujeme, musí jít ruku v ruce s nižší formou odměny.“

2.8 Péče o postižené v domácím prostředí a v ústavech sociální péče

K zabezpečení optimálního vývoje dítěte s vrozeným postižením je potřebná především včasná a bezodkladná péče, a to nejen pedagogická a psychologická, ale také zdravotní. Stranou podpory nesmí stát rodina, která vzhledem k situaci potřebuje péči sociální, především rodičům (popř. i sourozencům) by se mělo dostat psychologické podpory. Je totiž prokázáno, že až polovina manželství, kde se narodilo dítě se závažným postižením, se rozpadá. Rodičům je poskytována poradenská pomoc. Mohou se naučit cvikům a stimulačním metodám tak, aby systematicky a v kooperaci s odborníky působili na zlepšování stavu dítěte. Rodinné prostředí je pro mentálně postižené vždy podnětnější, především je citově dobře situované a jedinec má lepší podmínky ke svému maximálnímu možnému rozvoji.

V případě, že se rodiče (resp. ani jeden z rodičů) nemohou nebo nechtějí o dítě starat, přechází péče na instituci, kterou může být kojenecký ústav, dětský domov nebo ústav sociální péče nebo na jiné občany, většinou příbuzné nebo pěstouny. Především kvalita rané péče předurčuje strategii, rozsah a charakter následné, většinou celoživotní, péče o dítě s postižením. Největší záporný vliv na jedince s mentální retardací mají tzv. internátní pobyty v ústavních zařízeních. Bývají pak často citově deprivovaní a jejich možnosti rozvoje jsou tak značně omezené.

Pozn.: V některých zařízeních, především v ústavech sociální péče pro děti a mládež, existují tzv. pracovní dílny, kdy se postižení učí různým manuálními činnostmi a zdokonalují se v jemné motorice. Své uplatnění mohou pak najít v chráněných dílnách, např. pletení košíků, výroba dekorativní keramiky apod.

2.8.1 Rodinná výchova

Rodina jako primární společenská jednotka. Otec, matka, dítě. Rodina neoddiskutovatelně patří mezi nejzákladnější činitele výchovy, a to i u mentálně postižených. Fischer a Škoda o ní ve své publikaci hovoří takto [5, s. 99]: *„Rodina je pro život a výchovu jedince s mentální retardací nejpřirozenějším prostředím. Jeho narození bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost. Pro další vývoj je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolností a zaujali k němu pozitivní postoj. Patrně nejméně vhodným postojem je odmítání dítěte. Druhým extrémním postojem je zaujetí přesprilíš ochranného přístupu k dítěti.*

Dalším, poměrně častým nesprávným přístupem rodičů je rezignace na výchovu a rozvoj dítěte a zaměření se na uspokojování jeho základních biologických potřeb. Opakem tohoto přístupu je neúměrná snaha vychovat a vycvičit dítě tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků. Tato snaha často vyžaduje od dítěte i od rodičů úsilí, které nebývá přiměřené schopnostem dítěte ani výsledkům, které přináší, a vede k neurotizaci dítěte i rodičů. Nejvýhodnější přístup spočívá v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je.

Rodiče by měli dodržovat tyto obecné zásady:

- *snažit se vychovávat své dítě co nejlépe s vědomím odpovědnosti jak dítěti, tak i sobě samému a ke společnosti,*
- *věnovat pozornost poznatkům o vývoji a výchově těchto dětí,*

- *dodržovat zásadu důslednosti při vyžadování požadavků. Jednotně by měli působit všichni členové rodiny a později i škola,*
- *snažit se o vytrvalost při vyžadování a kontrole požadavků,*
- *požadavky mají odpovídat mentální úrovni a unavitelnosti těchto dětí,*
- *nesnažit se, aby dítě dosáhlo úrovně vrstevníků „za každou cenu“.*

2.8.2 Systém ústavní péče

Ty tam jsou naštěstí doby, kdy v ústavech s mentálně postiženými pracovaly jen řádové sestry. Dnes jsou zřizovateli těchto zařízení převážně orgány státní správy a samosprávy. Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kam jsou zařazováni jedinci od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a dále v ústavech pro dospělé. Toto se však v praxi vzhledem k mentálnímu věku svěřenců striktně nedodržuje a rozdíly mezi ústavami pro mládež a dospělé se postupně stírají.

Pro mentálně postižené jsou zřizovány ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní stacionáře se zaměřují zpravidla na vzdělávací aktivity, pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, různé další formy rehabilitace, volnočasové aktivity apod. Jsou určeny pro děti, mládež i dospělé.

Týdenní zařízení představují kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Školou povinní jedinci navštěvují v dopoledních hodinách školu, ostatní bývají dle svých možností, schopností a zájmu zařazováni do pracovních dílen. Odpoledne probíhají různé kroužky, kde mohou obyvatelé těchto zařízení trávit svůj volný čas. Pracovní dny pak tráví klienti v ústavu a víkendy se svou rodinou. V případě potřeby mohou rodiče o některých víkendech využít zpravidla takzvaných odlehčovacích služeb.

Ústavy sociální péče s celoročním pobytem jsou určeny pro dlouhodobý pobyt klientů s mentálním defektem těžšího stupně a pro občany mající vedle mentálního defektu těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadu a potřebují trvalou celodenní specializovanou péči. Osoby s mentálním defektem lehčího stupně mohou být do celoroční ústavní péče přijati také, a to jestliže nezbytně takovou péči potřebují. V praxi se můžeme setkat také s tím, že do

těchto typů zařízení bývají zařazováni starší postižení jedinci, jejichž rodiče se o ně z důvodu vlastního nepříznivého zdravotního stavu nemohou starat či ti, o něž se rodiče starat nechtějí.

Na klienty v ústavu je působeno různými výchovnými a vzdělávacími aktivitami. Tato činnost je realizována ve výchovných, zpravidla cca 12členných skupinách. Výchovné skupiny jsou vytvářeny zejména podle rozumových schopností svěřenců. Během života v ústavu se často stává, že klienti jednotlivými skupinami migrují, a to jak vzestupně, tak díky regresi také sestupně. Nejméně handicapovaní jedinci a další, kteří mohou být vzděláváni, se zúčastňují výchovných a vzdělávacích aktivit v různých typech specializovaných zařízení (praktická či speciální škola, rehabilitační program, speciální třídy při ÚSP). Výchovně vzdělávací, pracovní a speciální terapeutické programy jsou doplňovány činnostmi zájmovými, např. sportovními, kulturními apod. Jedinci s těžším stupněm znevýhodnění se zabývají speciálními vzdělávacími aktivitami zaměřenými na rozvoj řeči, na smyslové vnímání a na rozvoj sebeobslužných činností. Nejvíce handicapovaným, kteří musí být umístěni trvale na lůžku, je poskytována fyzioterapeutická a rehabilitační péče a speciální terapie.

Některé ústavy zřizují pro své klienty chráněná bydlení. Prakticky jde o místnosti či byty, v nichž jsou klienti ubytováni po jednom až po třech. Klienti si je sami udržují, sami si vaří. Personál ústavu je navštěvuje jen na krátkou dobu a pomáhá v nejnnutnějších případech.

Dále bych se ráda zabývala jednotlivými složkami ústavní výchovy, protože v praxi s ní mají větší či menší zkušenosti oba jedinci, jejichž kazuistikami se v této práci zabývám.

Základními složkami ústavní výchovy jsou výchova rozumová, v ní se snažíme o rozvoj poznání a myšlení. Nejlepších výsledků je dosahováno bezprostředním poznáním živé skutečnosti, např. v přírodě. Do rozumové výchovy zahrnujeme i výchovu mravní a společenskou, rovněž sem patří výchova řeči, která je důležitá pro umožnění komunikace, a to ať už pasivním přijímáním mluvené řeči nebo aktivním osobním slovním vyjadřováním.

O systematický rozvoj funkce všech smyslových analyzátorů se stará výchova smyslová. Dává jedinci základy k vytváření pojmů a představ. Smyslová výchova je úzce spjata s výchovou rozumovou, rozvíjí chuťové, zrakové, sluchové, hmatové i čichové vnímání, zlepšuje paměť, cvičí pozornost a představivost. V praxi smyslovou výchovu praktikujeme především formou didaktických her, na vycházkách a při zacházení s konkrétními předměty.

V zájmových kroužcích nejčastěji probíhá výchova estetická, jež umožňuje určitou míru seberealizace klientů, proto obvykle zaujímá ve výchovných plánech značný podíl.

Ke zlepšení tělesné zdatnosti, obratnosti a koordinaci pohybů přispívá pravidelná cvičení výchovy tělesné, rozvíjí ukázněnost a samostatnost. Řadíme sem pravidelná cvičení, ale také rehabilitaci, pohybové hry a přiměřené sportovní disciplíny.

Poslední, však neméně důležitou složkou výchovy, je výchova pracovní. Klienti při ní získávají mnoho dovedností, návyků a poznatků. Působí na intelekt, fyzické i morální schopnosti a vyplňuje hodnotným způsobem čas. Jedná se o zdravý způsob odčerpávání přebytečné energie.⁷

2.8.3 Specifické přístupy k lidem s autismem a s mentální retardací

(Metody strukturované práce)

Zkušenosti z ÚSP ukazují, že zde žije řada dospělých lidí, kteří ve svém chování vykazují více či méně symptomů autismu, a to aniž by u nich byla některá z poruch autistického spektra diagnostikována. O mnohé tyto klienty je často pečováno jako o duševně nemocné anebo jako o lidi pouze s mentální retardací.

Současný systém v ÚSP je do značné míry vysoce kolektivní, což je mimo jiné dáno i nízkým počtem personálu, potažmo nízkým finančním rozpočtem v jednotlivých zařízeních, mnohdy však často i „zkostnatělými“ stereotypy v kompetencích personálu, neochotou změnit systém, formy přístupu ke klientům i formy práce jako takové. Kolektivní systém práce klade vysoké nároky na schopnost klientů zapojit se do skupinových činností, což z hlediska lidí s poruchou autistického spektra vyžaduje sociální dovednosti, jež u nich nejsou vytvořeny, zejména pokud v dětství neprošli školským systémem, kde se některé z nich mohli za pomoci speciálně pedagogických přístupů naučit.

Lidé s autismem jsou zpravidla samotářští. Snaha začlenit je do kolektivu a přizpůsobit režimu, požadavkům a daným zvyklostem u těchto lidí často vyvolává problémové chování (extrémní pasivita v určitém období, afektivní chování – bezdůvodně křičí, válí se po zemi, jsou agresivní vůči personálu, koušou, škrábou, apod.). Toto chování se vyskytuje zejména ve

⁷ FISCHER, S.; ŠKODA, J., Speciální pedagogika, s. 100 – 101.

chvíli, kdy se ze svého pohledu dostávají do složité situace, kterou nezvládají, nerozumějí jí a nemají jiné prostředky k tomu, jak by toto sdělili či si dokonce dokázali říct o pomoc. Také na verbální pokyny často vůbec nereagují, někdy reagují chybně a personál si jejich chování vyhodnocuje jako tvrdohlavost a neochotu zapojit se do činností. Pravdou však je, že verbálním pokynům nerozumějí buď vůbec, nebo jen částečně, což se odráží v jejich ne zcela správných reakcích.

Totéž obvykle platí i pro lidi s těžším typem MR. Proto je metoda popisovaná v této kapitole velmi dobře využitelná i pro ně.

Určitou výhodou, pro osoby s PAS žijící v ústavu, je pevný životní řád, takže řada klientů dokáže po určité době časově předvídat jednotlivé činnosti. Problémové chování pak nastupuje pouze ve chvíli, kdy dojde ke změně v režimu, k nepředvídatelné situaci.

Avšak jiným pevný režim nestačí. Touží pracovat, navazovat kontakty, ale protože nevědí jak, dělají to velmi často nepřiměřeně (tak, jak to umí), což personálem bývá často vyhodnocováno jako problémové chování. To může v čase narůstat a jako řešení často přichází opakovaný pobyt v psychiatrických léčebnách a úprava, respektive navýšení medikace. Ve skutečnosti jde však pouze o nouzové řešení, protože se léčí pouze symptomy, a nikoli příčiny. Po návratu zpět do ÚSP se vše po nějaké době vrátí do starých kolejí, chování těchto klientů se opět stává neúnosným a putují znovu do psychiatrické léčebny.

Aby bylo možné problémové chování u klientů s PAS účinně odstranit, je třeba se zbavit příčin tohoto chování. Nejlepší cestou je problémovému chování předcházet (prevence) formou specializovaných metod práce a vlastního přístupu k lidem s PAS. Jinými slovy, nesnažit se člověka s autismem za každou cenu přizpůsobit daným podmínkám, ale spíše dané podmínky přizpůsobit člověku s autismem. Ovšem jak již bylo psáno výše, v praxi jsou tyto jedinci zařazováni z ekonomických a jiných důvodů do běžných skupin v ÚSP, kde není možné díky řadě příčin tyto podmínky vytvořit.⁸

Metodika

Spokojený život lidí s autismem a těžšími typy mentálního postižení předpokládá:

- určitou míru předvídatelnosti (nic se v životě neděje náhodně)
- možnost vyjadřovat své potřeby a přání (vytvořený systém funkční komunikace)

⁸ ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. et al., Agrese u lidí s mentální retardací a autismem, s. 65 – 66.

- v co největší možné míře zvládat sebeobslužné dovednosti (oblékat se, mýt se, připravit si jednoduché jídlo, koupit si oblíbený pamlsek apod.)
- mít vytvořené pracovní dovednosti a pracovní chování, aby byli schopni trávit svůj život smysluplně
- mít vytvořené dovednosti pro využití volného času, aby byli schopni zabavit se ve volném čase
- získat určitou míru sociálních dovedností ke zvládnutí jednoduché kooperace s druhými, dokázat navázat přiměřené sociální kontakt, zvládat jednoduchou sociální rutinu (pozdrav, požádání, poděkování apod.), minimálně se naučit žít v kolektivu vedle druhých lidí bez projevů problémového chování.

2.9 Práce s lidmi se středním a těžkým mentálním postižením z pohledu pedagoga volného času

Již během studia na střední škole jsem měla možnost působit v ÚSP jako praktikující vychovatelka, při studiu na vysoké škole pak jako vychovatel – pedagog volného času, a to nejen jako praktikantka, ale také jako externí zaměstnanec. Sesbírané zkušenosti zahrnují tedy více jak pět let součinnosti s tímto typem zařízení.

Je velice zajímavé, na jakých principech práce v ÚSP obecně v České republice stojí. Díky tomu, že jsem měla možnost v rámci své odborné praxe působit v různých zařízeních, mám možnost nejen srovnání, ale i určité paušalizace dané problematiky. Obecně zde s těmito lidmi pracují vychovatelé, speciální pedagogové, zdravotní sestry a mnoho pracovníků v sociálních službách.

Velice zarážející je pro mne skutečnost, že neformální náplň práce je prakticky všude totožná pro vychovatele, tzn. osoby, jež se na výkon tohoto povolání připravovaly studiem pedagogických škol a pracovníky v sociálních službách, jež např. studovali na různých typech škol či učilišť a díky rekvalifikačnímu kurzu, který čítá 150 hodin, získali dle zákona o sociálních službách potřebné know how k výkonu takto náročného zaměstnání. Musím zde přiznat svoji velkou skepsi k tomu, že kuchař či zahradník mají díky rekvalifikaci stejné

znalosti jako vychovatel po čtyřletém studiu a maturitní zkoušce. Bohužel je to velmi časté, a když se nad tím zamyslím, neumím si představit, že by to fungovalo obráceně.

Za celou dobu působení v ÚSP při studiu pedagogiky volného času jsem se nesetkala s tím, že by mne někdo oslovil a požádal, ať vypracuji jakýkoliv program pro klienty. Vše se zde řídí zajetými kolejami, do kterých vlastní iniciativou nikdo příliš nezasahuje. Při vytváření vlastních programů jsem se naopak nesetkala s příliš velkým zájmem či pochopením kolegů a kolegyň.

Zhodnotím-li také z tohoto pohledu přípravu studenta v rámci studia pedagogiky volného času na možnou práci s mentálně handicapovanými, musím si přiznat, že vidím značné rezervy. Mezi povinné předměty sice patřil obsáhlý předmět speciální pedagogika, bohužel pro mě byl koncipován pouze teoreticky a žádné praktické rady pro to, jak pracovat s danou cílovou skupinou jako volnočasový pedagog jsem se nedozvěděla.

Přínosnou možností by pro mě byla např. volitelnost dramatické výchovy s mentálně postiženými či efektivního využití prožitkové pedagogiky v ÚSP.

Zbožným přáním by pak byla osvěcenost ředitelů a vedoucích vychovatelů ústavů, kteří by dokázali reflektovat rámec pedagogiky volného času jako plnohodnotnou a přínosnou součást práce s mentálně postiženými.

III. Praktická část

3.1 Uvedení do problematiky

V praktické části jsou zpracovány dvě kazuistiky, 15 let starého Tomáše a 33 let staré Lucky, oba jsou středně těžce mentálně postižení. V jednotlivých případech jsem se mimo jiné zaměřovala na trávení volného času, zájmy a koníčky. Měla jsem možnost s oběma pracovat v různých časových intervalech několik let, pozorovat je při běžných denních činnostech.

Oba v tuto chvíli spojuje kromě stejného mentálního defektu také prostředí společného ÚSP, kde každý z nich tráví různě dlouhou dobu. Toto zařízení je příspěvkovou organizací Libereckého kraje a nachází se v Benešově u Semil. Pro své klienty poskytuje a zajišťuje mnoho služeb, zpravidla v režimu týdenního pobytu, školní děti mohou využívat zdejší kroužky místo školní družiny či školního klubu. Domov Tereza má v tuto chvíli tři oddělení, na jednom jsou umístěni klienti s těžším mentálním postižením a vážnějšími pohybovými vadami. Druhé oddělení je přizpůsobeno klientům s lehčím stupněm retardace. Dále je při domově zřízeno také chráněné bydlení. Celková kapacita ÚSP je 36 osob ve věku 7 až 40 let se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Pro trávení volného času jsou zde k dispozici dílny na svíčky, košíky, keramická dílna, tkalcovská dílna, počítače, cvičná kuchyňka či zpívání v souboru Terezáček. Dále jsou v ÚSP pro klienty pořádány diskotéky, dvakrát ročně jezdí klienti na ozdravný pobyt, jsou pořádány výlety do okolí, plaveckého bazénu apod.

3.2 Použité metody a jejich rozbor

- anamnéza
- pozorování
- rozhovor
- analýza produktu

3.3 Kazuistika č. 1 – Tomáš

S Tomášem jsem se seznámila v roce 2005, bylo mu tehdy 10 let. Díky shodě okolností se stal členem mé širší rodiny. Na první pohled to byl hodný kluk, tichý, možná trochu plachý. Zpočátku nemluvil, ostýchal se navazovat kontakt s novými lidmi. Netrvalo dlouho a díky pomoci mého bratra Jakuba, který je o dva roky mladší než Tomáš, se z nás stali dobří kamarádi. Podnikali jsme společně výlety, trávili spolu volný čas, a to vždycky, když byl u babičky a dědy. Za dobu mého přátelství s Tomášem jsem získala mnoho cenných informací o něm, budu jim tedy věnovat proto prostor v této části své práce.



Obr. 1 Výlet na Kozákov, 2006. Foto: Lucie Schováňková.

3.3.1 Osobní anamnéza

Jméno

Tomáš

Datum narození

9.7.1995

Vzdělání

Od tří let přípravný stupeň dříve zvláštní školy, nástup místo MŠ, od deseti let základní škola praktická.

Výchova

V rodinném prostředí, pouze v dopoledních hodinách navštěvuje ÚSP (formou školní družiny), zde navštěvuje zájmové kroužky, např. keramika aj.

Prenatální období

bez obtíží, délka 40 týdnů

Perinatální období

Porod spontánní

Porodní míry: 4200g, 53 cm

Silná novorozenecká žloutenka (pod tzv. modrým světlem ležel osm dní, po propuštění z porodnice ještě medikamentózní doléčení)

Postnatální období

Ve 3. měsících zápal plic – dětský lékař si vyžádal pobyt v nemocnici, který trval dva týdny

Růst zubů již od 3. měsíců

Chůze od 1,5 roku

Počátky mluvení ve 3,5 letech, v této době se také přestal ve dne pomočovat, noční pomočování trvalo přibližně do 4 let, od 6. let opět noční enuréza (dnes už ne, matka ho v noci budí)

Sourozenci

Žádní

Alergie

Žádné

Nemoci v současné době

pouze větší nosní mandle

Operace

Žádné

Lateralita

Pravostranná

Tomáš má velmi silný pud sebezáchovy, matka uvádí, že v 1,5 roce spadl z postýlky a od té doby se o sebe velmi bojí.

První intelektové vyšetření kvůli opoždění vývoje ve 4 letech v Praze v Motole, u rodičů byly vykonány genetické zkoušky.

Tomáš pravidelně navštěvuje prarodiče ze strany matky i otce, odloučení od matky mu v tomto směru nedělá problém. Jezdí k nim rád. Protože obojí bydlí na vesnici, tráví zde hodně pobytu venku. Má rád zvířata, ale v současné době doma žádné nemá. Když měl v pokoji čínčilu, s matčinou pomocí se o ni pravidelně staral.

Ani na škole v přírodě či při pobytu na horách s dětským centrem nedělalo odloučení od rodiny žádný problém.

3.3.1.1 Doplnění osobní anamnézy

Období těhotenství probíhalo zcela normálně, bylo naprosto bez obtíží. I porod probíhal docela hladce, ale potom se u miminka objevila velmi silná novorozenecká žloutenka, která si vyžádala osmidenní léčbu tzv. modrým světlem a následně ještě braní léků v domácím prostředí. Již tento negativní faktor mohl u malého Tomáška narušit intelekt, v tomto období jsou jedinci stále velmi zranitelní. Ve třech měsících bylo dítě hospitalizováno v nemocnici kvůli zápalu plic, což byla opět velká chemická zátěž na organismus.

Od počátku vývoje je patrné značné opoždění v somatickém vývoji. Zdravé děti začínají chodit až o více jak půl roku dříve. I z hlediska dodržování hygieny byl Tomáš značně pozadu. Zdravé děti nastupují většinou ve 3. letech do mateřské školy, zatímco on se ještě půl roku po tom ve dne pomočoval.

Opoždění je patrné i v oblasti psychického vývoje. Počátky řeči se začaly objevovat teprve ve 3,5. letech.

3.3.2 Rodinná anamnéza

Matka:

Jméno: Irena

Rok narození: 1975

Vzdělání: bižuterní učiliště

Zaměstnání: dělnice

Sourozenci: bratr

Přibližně 2,5 roku před těhotenstvím pracovala s rtutí při výrobě teploměrů. V počátcích těhotenství kouřila, pak přestala. Její matka má rozštěp rtu i patra – důvod není známý. Jinak nejsou v rodině známe žádné další vážné nemoci ani závislosti.

Otec:

Jméno: Bohumil

Rok narození: 1969

Vzdělání: vyučen nástrojařem

Sourozenci: bratr

Rodiče Tomáše jsou 9 let rozvedení, otec žil 6 let v zahraničí a se synem se nevidal, v té době neznal Tomáš ani jméno otce, nepamatoval se na něj. Po návratu otce z ciziny velmi nepravidelný kontakt. Tomáš má otce rád.

Ani u otce nejsou v rodině známa žádná vážná onemocnění ani závislosti.

Matka žije již 8 let s přítelem Ludškem, který s Tomášem velmi dobře vychází.

3.3.2.1 Doplnění rodinné anamnézy

Negativním chemickým faktorem, který mohl také záporně ovlivnit vývoj plodu, bylo zajiště kouření matky v období prvního trimestru. V této době se totiž zakládá celá nervová soustava a také všechny soustavy ostatní. I práce v prostředí s rtutí mohlo mít na jedince velký vliv. Rtuť se totiž v člověku drží velmi dlouhou dobu.

Z hlediska genetiky mohlo hrát velkou roli také tělesné postižení babičky, matčiny matky, která má rozštěp rtu a patra.

Nic z toho však nebylo dokázáno jako příčina postižení dítěte.

3.3.3 Pozorování

Tomáše jsem pravidelně pozorovala při různých činnostech, pozorování bylo rozloženo přibližně do pěti let a díky pečlivému zapisování jsem si mohla porovnat posun ve vývoji.

Hra – sám: konstruktivní hry, např. puzzle. Počet kousků – 48. Lepší je, když jsou kousky větší, je neobratný z hlediska jemné motoriky. Stavěný obrázek byl hodně barevný pro rychlejší orientaci a trval Tomáškově skoro 20 minut. Při opakovaném stavění si obrázky pamatuje a nepotřebuje předlohu. Tato činnost ho velmi baví, puzzle si vezme ze skříně i sám.

Hra – s dětmi: v kolektivu se spíš neprosazuje, ale rád se do činností s dětmi zapojuje. Je soutěživý, např. při hraní šipek. Při pohybových hrách není příliš zdatný, jeho pohyby jsou často nekoordinované.

Pracovní činnosti: málo rozvinutá jemná motorika – při výrobě hrnečku (ke dni matek) ubrouskovou technikou měl vystříhnout z ubrousku motiv květiny, která byla poměrně dost velká a nebyly zde žádné drobnosti. Držení nůžek bylo úplně chybné a vystřižené květině chybělo mnoho částí. Při držení štětce, kterým se natíralo na hrnek lepidlo, byl patrný velmi křečovitý úchop, postavení prstů nebylo správné a ruka dělala trhané pohyby. Ze své práce měl ale Tomáš nakonec velkou radost.

Vloni na podzim jsem si chtěla ověřit posun v jemné motorice, tak jsem vymyslela hru, kdy jsem vybrala na zemi malé kamínky a Tomáš je měl pak házet do kaluže. Podvědomě si přitom z mé ruky vybíral kamínky větší, při házení malých se musel hodně soustředit na správné uchopení. Z hlediska hrubé motoriky byla koordinace paže při hodů poměrně dobrá, dokonce házel „vrchem“. Vzdálenost mezi ním a kaluží však nesměla být příliš velká.

Návyky sebeobsluhy jsou upevněné, dokáže se sám obléknout a trvá mu to přiměřeně dlouho, zvládne si také zavázat tkaničky a sám se nají, dokonce zvládá koordinaci pohybů rukou při použití přístroje, stoluje přitom čistě. Hlavně s nástupem puberty se projeví sklony k přejídání.

3.3.4 Rozhovor

Myšlení při rozhovoru je ulpívavé. Vždy, když jsem mu pověděla něco nového, co bylo pro Tomáše zajímavé, velmi často se k tomu vracel. Otázky opakoval stále stejně a vyžadoval stejné odpovědi. Pokud jsem se ho na to zeptala při další schůzce, vždy si to pamatoval.

V řeči je patrné množství logopedických vad, o jejich odstranění se stará logoped. Věty jsou spíše jednoduché, slovní zásoba je chudá. Sám konverzaci většinou nezačne, obvykle jen odpovídá na otázky. V mluvě jsou patrné agramatismy.

Dříve mluvil o škole jen docela nerad, ale po nástupu do ZŠ praktické došlo ke změně. V dětském centru si nepamatoval ani jméno souseda v lavici, kdežto nyní si pamatuje i jméno paní učitelky.

Na stejné otázky různým lidem odpoví často něco jiného. Nezdá se však, že by v tom bylo záměrné lhaní. Spíše poví jen to, na co si v tu chvíli jako první vzpomene (př. je otázka: „Co jsi měl dnes k obědu?“).

3.3.4.1 Řízený rozhovor s Tomášem ze dne 12. 10. 2010

Já: „Jak se máš?“

Tomáš: „Dobře.“

Já: „Co nového?“

Tomáš: „Nic.“

Já: „Jak to?“

Tomáš: něco si brumlá

Já: „Už máš doma nějaké zvířátko?“

Tomáš: „Nemám.“

Já: „A chtěl bys?“

Tomáš: „Jo.“

Já: „A jaký?“

Tomáš: „Pejska, jak máš ty, menšího.“

Já: „A jak by se jmenoval?“

Tomáš: „Jak by se.... Hafík.“

Já: „Chodil bys s ním ven?“

Tomáš: „Chodil bych s ním ven.“

Já: „No a co jinak doma? Jak je doma?“

Tomáš: „Dobře.“

Tomáš: „A ty jsi do kolika dneska?“

Já: „Kde?“

Tomáš: „Tady. Do půl druhý? Já jo. Já chodím domů po půl druhý.“

Tomáš se neustále v rozhovoru vrací k tomu, že pojede domů.

Já: „Jaké úkoly a povinnosti máš doma?“

Tomáš: „Psaní, počítám, čtu.“

Já: „A pomáháš doma s něčím?“

Tomáš: „Mamce.“

Já: „Tome, a co děláš pro zábavu, máš nějaké koníčky?“

Tomáš: „Mám zvířátka, plyšový.“

Já: „A ještě něco, co děláš rád?“

Tomáš: „Máme počítač, hraju hry na počítači. A víš jaký? Auta.“

Já: „A ještě něco jiného?“

Tomáš: „Ne.“

Já: „A co děláš, když nemáš co na práci?“

Tomáš: „Koukám na televizi.“

Já: „A na co nejradši?“

Tomáš: „Na nějaký film, máme DVDčko, třeba Mach a Šebestová.

Já: „Co tak děláš se svoji rodinou?“

Tomáš: „S rodinou... Jezdíme k babičce.“

Já: „Co děláš doma nejradši?“

Tomáš: „Rád se koupu.“

Já: „A co děláš nejméně rád?“

Tomáš: „Nic.“

Já: „Chodíš sám nakupovat?“

Tomáš: „Nechodím. S mamkou.“

Já: „Chodíš do nějakých kroužků?“

Tomáš: „Chodím, tady chodím do kroužků.“

Já: „Jak trávíš prázdniny?“

Tomáš: „Teď jsem byl u moře s mamkou.

Já: „A kde?“

Tomáš: „Chorvatsko (nejspíš i s bližší specifikací místa, nicméně jsem Tomášovi nerozuměla).“

Já: „Tomáši, co je pro tebe v životě důležité?“

Tomáš: „Kroužky tady.“

Já: „Je něco, s čím máš problém?“

Tomáš: „Není.“

Já: „A je něco, co by ses chtěl naučit?“

Tomáš: „Není.“

Já: „S čím jsi spokojený nebo co bys chtěl změnit?“

Tomáš: „Kroužky.“

(slovo kroužek se Tomášovi evidentně líbí)

Já: „Proč?“

Tomáš: „Protože chodím rád na kroužky.“

Já: „Na jaký?“

Tomáš: „Keramika, chodím do keramiky, na vaření s paní vychovatelkou a pak svíčky.“

Já: „A co kamarádi, máš?“

Tomáš: „Mám, Martina dole.“

Já: „A nějaký jiný?“

Tomáš: „Ve Smrčí mám kamaráda Kubu, od Jitky.“

Já: „Jak si představuješ svoji budoucnost?“

Tomáš: začal si něco mumlat, hrát si s ubrouskem na stole „Chodím rád do školy.“

Já: „Do jaké chodíš třídy?“

Tomáš: „Do šestý asi půjdu.“

Já: „Chodíš nebo půjdeš?“

Tomáš: „Chodím.“

Já: „Co tvoje zdraví? Jak se cítíš?“

Tomáš: „Dobře.“

Já: „Bereš nějaké léky?“

Tomáš: „Neberu.“

Já: „Máš holku?“

Tomáš: „Nemám.“

Já: „Kdo jsou nejdůležitější lidi v tvém životě?“

Tomáš: „Mamka.“

Já: „A je někdo, koho bys chtěl třeba navštívit?“

Tomáš: „Není.“

Já: „Ke komu se chodíš poradit?“

Tomáš: „K tetě v Tereze.“

Já: „A postěžovat si, když tě něco trápí?“

Tomáš: „Paní ředitelce.“

3.3.5 Analýza produktu – rozbor činnosti

Obrázek č. 1 z října roku 2005

Tomáš dostal za úkol namalovat svoji rodinu, měl k dispozici pastelky všech barev. Při činnosti mu nikdo neradil, co má nakreslit a jak.

Na obrázku jsou tři postavy, nad každou je napsáno, kdo to je. Červenou pastelkou úplně vlevo je namalovaná matka (maloval ji jako první). Je to největší postava, která má velký úsměv a roztažené ruce symbolizují nejspíš široké objetí. I podle obrázku je znát, jak moc je pro Tomáše matka důležitá.

Prostřední postavou je babička (z otcovy strany), maloval ji jako druhou v pořadí. Je namalována zelenou pastelkou a je o něco menší, než postava matky. Také ona se vřele usmívá a její ruce jsou roztaženy do objetí, není už však tak velké. Postavou úplně napravo je děda (také z otcovy strany), je to nejmenší postava namalovaná modrou pastelkou a dle slov Tomáše má velké břicho. Postava se sice usmívá, ale ruce jsou již spuštěny volně podél těla.

Postavy nejsou vůbec propracované, mají sice všechny části těla, ale proporcionálně špatně (např. krk je daleko delší, než hrudník a břicho). Vše je kresleno pouze linkou. Oči na hlavě jsou prázdné, vlasy nejsou nakresleny prakticky vůbec. Obrázek naprosto postrádá detaily. Chybí zde také postava samotného dítěte, jako by do rodiny ani nepatřil. Svědčí to o myšlenkové chudosti a neuvědomování si své vlastní existence.

Obrázek č. 2 z října roku 2010

Tomáš dostal opětovné zadání, aby nakreslil svoji rodinu. Dostal pastelky všech barev, vybral si však pouze tužku. Postavy na obrázku situoval do levého rohu, jsou kresleny opět pouze linkou, bez většího propracování, oči jsou opět prázdné. Začíná je kreslit od hlavy. V tomto projevu Tomáše se v porovnání s obrázkem č. 1 nic zásadního nezměnilo. Postavám chybí prsty.

Co se naopak velmi změnilo, je vnímání osob, které patří do jeho rodiny. Na obrázku je znázorněna pouze matka, kterou kreslil jako první a po její levé straně nakreslil Tomáš sebe. Jeho postava je menší, jakoby v pohybu a je kreslena méně pečlivě než postava matky. Jiné postavy prý do Tomášovy rodiny nepatří. I z tohoto je patrné, že je na svoji matku velmi fixován. Zásadní shledávám skutečnost, že Tomáš nakreslil sám sebe, je to obrovský posun ve vnímání svého bytí včetně existence své sociální role v rodině.

Obrázek č. 3 z listopadu roku 2010

Tomáš dostal zadání, aby nakreslil, co chce. Měl pastelky všech barev a na výběr barvu papíru, bílý nechtěl. Papír si situoval na výšku. Na obrázek nakreslil auto, modrou pastelkou. U kreslení si hovořil pro sebe, ptal se sám sebe, jak vypadá auto, a co má auto. Konstatoval si, že kola, výfuk a střechu a tím se uspokojil. Poté dokreslil Tomáš ještě silnici, prohlásil, že silnice je černá a vzal si tužku. Nejprve dole na papíře vyzkoušel, jestli je to opravdu černá. Nakonec nakreslil nahoru sluníčko, je velmi špatně vidět. Nic víc na obrázek kreslit nechtěl.

Obrázek je velmi jednoduchý, bez jakýchkoliv detailů. Odpovídá to málo rozvinuté představivosti.

3.3.6 Závěrečný komentář ke kazuistice č. 1

Shrnu-li pětileté období známosti a pozorování Tomášova života, došlo v něm k zásadním změnám, a to nejen co se týče změn prostředí, ale také změn v komunikaci. S nástupem do nové školy je Tomáš více komunikativní. Může to být zapříčiněno nejen nástupem puberty,

rozvojem sociálních dovedností, ale také skutečností, že se Tomáš pohybuje ve větším okruhu lidí než dříve. Dopoledne tráví ve škole, část odpoledne pak v ÚSP, kde navštěvuje některé zájmové kroužky. Co se týče trávení Tomášova volného času mimo zařízení, stará se o něj převážně matka. Volný čas není z mého pohledu tráven příliš efektivně, k rozvoji osobnosti ani k nasycení vyšších potřeb Tomáše. Ten například již dlouhá léta tíhne ke zvířatům, přesto tuto potřebu matka nevyslyšela. Ani ÚSP nenabízí žádnou činnost, ve které by mohl být tento Tomášův požadavek naplněn. Dále mi chybí v Tomášově životě setkávání se s přáteli mimo zdi zařízení, společenský život Tomáše je tímto omezen pouze na kontakt s rodinou.

3.4 Kazuistika č. 2 – Lucie

S Luckou jsem se seznámila poprvé v létě roku 2005 při výkonu souvislé praxe na střední škole v ÚSP. Protože jsem v tomto zařízení prováděla svoji praxi ještě jednou, nastoupila jsem sem potom do roku 2008 jako externí pracovník. Měla jsem tedy spoustu možností Lucku pozorovat, pracovat s ní. Další kontakt s ní probíhal především z důvodu potřeby získávání dalších informací pro tuto práci.

Když jsem Lucku poznala, byla to trochu jiná dívka, než jakou je teď. Byla veselejší, více komunikativní. Dnes je spíše uzavřená do sebe, možná vlivem medikace či životních událostí, které se jí za tu dobu přihodily, možná progresivní spád postižení.



Obr. 2 Odborná praxe v ÚSP, 2006. Foto: Marta Böhmová.

3.4.1 Osobní anamnéza

Jméno

Lucie

Datum narození

2.10.1977

Vzdělání a jeho průběh

Od září 1984 pokusně zahájen první ročník zvláštní školy, dle posudků z PPP odklad školní docházky z důvodu MR bezpředmětný, v roce 1985 psychologické vyšetření z důvodu nezvládání učiva, mentální postižení zasahuje do středního pásma, v roce 1986 návrh PPP pro vzdělávání v internátní pomocné škole, z důvodu nesouhlasu rodičů dívka opakovala třikrát první ročník. V únoru 1987 kontrolní psychologické vyšetření, mentální věk 5 let, doporučené vřazení do pomocné školy, rodiče s návrhem nesouhlasili. V září 1987 rozhodnutí PPP o vřazení do pomocné školy internátní na diagnostický pobyt. Březen 1988 návrh pomocné školy internátní na osvobození od povinné školní docházky, důvodem neschopnost zvládnutí požadavků osnov pomocné školy, rodiče se proti rozhodnutí odvolali, odvolání bylo zamítnuto. Závěrečná zpráva z února 1994 hovoří o tom, že mentální defekt svoji strukturou neumožňuje vzdělávání /efektivní/ dívenky a není schopna si osvojovat ani elementární základy trivia. Vhodné výchovné působení v oblasti sebeobsluhy a přiměřená pracovní terapie. Mentální projevy odpovídají věku 5 let.

Výchova

Kombinace rodinného prostředí, internátní školy a ÚSP (od září roku 1992).

Prenatální období

Udržované těhotenství, před tím 2 spontánní potraty, přenášeno.

Perinatální období

Těžký průběh porodu, během něj ustávaly srdeční ozvy.

Porodní hmotnost 3450 g, délka 51 cm.

Sourozenci

Sestra Jana

Alergie

Žádné

Nemoci v současné době

Žádné

Operace

Žádné

Lateralita

Pravostranná

V současné době dojíždí Lucka na týdenní pobyt do ÚSP, o víkendu je doma s matkou nebo tráví tyto dny u sestry. Matka Lucku nezvládá, Lucka ji neposlouchá, je vůči ní panovačná a prosazuje své. Autoritou pro Lucku býval otec (+ 2006), nyní sestra Jana, na níž je Lucka fixovaná a uznává ji jako autoritu, poslouchá ji.

Po smrti otce velké zhoršení psychického stavu Lucky, v roce 2007 nutná hospitalizace v PL Kosmonosy pro agresivní projevy, maminka ji nezvládala, v ÚSP problémy při pondělních příjezdech, kdy zde odmítala zůstat, neustále si své blízké hlídala, hned chtěla domů, někdy naprosto nezvládnutelná, tvrdohlavá a agresivní (bouchá kolem sebe, kope do dveří, slovně napadá – bez pochopení významu sprostých slov, naučené používání v určitých situacích), v absolutní negaci. Útoky na vychovatele, nebezpečná okolí i sobě. V současné době je situace lepší, Lucka není tolik agresivní, pouze odmítavá.

Slovní zásoba Lucky je vzhledem k mentálnímu defektu dobrá, špatná výslovnost sykavek, r a ř. Potíže jí dělají pouze složitější slova, tři slova za sebou nedovede zopakovat, vybere si dvě pro sebe důležitější. Nedokáže delší dobu soustředit pozornost, rychle ji to unaví, ztrácí zájem o nabízené činnosti a odmítá jakoukoliv spolupráci, činnosti chce rychle ukončit a odejít. Sama hovoří o tom, že ji baví zpívat, což potvrzují i vychovatelky. Kontakt s lidmi navazuje bez obtíží a ochotně, komunikuje se zájmem, ale na úrovni svých aktuálních možností. Jinak se s novým prostředím neseznamuje snadno, panikaří, je lítostivá.

Vědomosti a dovednosti si osvojuje velmi pomalu, zná 25 písmen (izolovaně), některá si plete. Grafomotorika je výrazněji poškozena. Obtahuje písmena, sama přepíše kratší slovo bez porozumění významu, umí se sama podepsat. Návyky si osvojuje rychleji. Manuální zručnost Lucky není příliš velká, jemná motorika na dobré úrovni, je snaživá a chce vyhovět požadavkům. Touží o ujištění, že je hodná.

Lucka jí samostatně, příborem, stoluje čistě, má ráda sladké, ovoce a zeleninu. Umí se obléknout. Při osobní hygieně je nutná kontrola. Velmi častá lehká inkontinence, v době menstruace si včas nemění vložky. Je ovlivněna léky (valproat, melipramin) a nemá správné hygienické návyky na WC, nerada nosí vložky. Pomočení Lucka nevnímá, je schopna takto jít ven.

V kolektivu je Lucka samotářská. Chce se vyrovnat kamarádům a chtěla by třeba přecházet sama přes silnici (jde po přechodu bez rozhlédnutí, je zbrklá). K činnostem nutná velká motivace, jinak nepracuje, je pasivní, pospává, nerada se zapojuje. Nutná pomoc, individuální přístup. Rada chodí vynášet odpadkový koš. Při rozhovoru nenavazuje oční kontakt. Bojí se tmy, při usínání je nutné nechávat pootevřené dveře. Nenechá se ošetřit u lékaře, zvláště u zubaře.

Nezvládá hospodaření s penězi, v ÚSP dochází do pracovních dílen, nepamatuje si rozvrh, je zde pasivní.

3.4.2 Rodinná anamnéza

Matka:

Jméno: Jaroslava

Datum narození: 2.6.1944

Vzdělání: vyučena kuchařkou

Zaměstnání: kuchařka v MŠ, nyní starobní důchodkyně

Bližší informace mi nejsou známy. Matka má slabší sociální dovednosti, nižší sociální inteligence.

Otec:

Jméno: Zbyněk

Datum narození: 20.3.1947

Datum úmrtí: 2006

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: policista celní správy

Z informací personálu ÚSP otec alkoholik. Bližší informace mi známy nejsou.

Otec byl pro Lucku velkou autoritou, v zimě s ním chodila Lucka ráda lyžovat a sáňkovat.

Sestra:

Jméno: Jana

Datum narození: 1979

Vzdělání: SŠ obchodní s maturitou

Zaměstnání: úřednice v bance

3.4.3 Řízený rozhovor s Luckou ze dne 1.9.2009

Já: „Jaké to je doma, co bys na tom chtěla změnit?“

Lucka: „Dobře, změnit ne.“

Já: „Jaké úkoly máš doma? Co zvládáš sama a komu s čím pomáháš?“

Lucka: „Pomáhám mamce, hlavu meu, sama koupu i vanu umím umýt i nádobí.“

Já: „Jaké máš koníčky, co děláš pro zábavu?“

Lucka: „Koukám na televizi, chodím ven, už nevím.“

Já: „A co děláš, když nemáš nic na práci?“

Lucka: „Chodím ven.“

Já: „Co děláš třeba s rodinou nebo přáteli?“

Lucka: „Vařím kafe, posedím.“

Já: „Co děláš doma nejraději a proč?“

Lucka: „Spím, abysem byla vyspalá.“

Já: „A co děláš doma nejméně ráda?“

Lucka: „Podlahu meju nerada.“

Já: „Jak to je doma, když vstaneš ráno, co děláš? Co pak?“

Lucka: „Vařím si kávu ráno sama, teplou, mlíko si nedávám. S cukrem, snídám až dýl, doma dopoledne na balkoně. Zamíchám polívku, okurku dělám, vodu, ocet i čaj umím udělat, sednu si a piju kafe. S Janou venčím Vendulu, chodíme do lesa na procházku. Večer se navečeříme, vykoupu a spíme.“

Já: „A v Tereze?“

Lucka: „Ráno mám kávu, málo jídla, mám dietu. Káva i po obědě, večer koukám na televizi.“

Já: „Chodíš nakupovat? Kam? A sama nebo s někým?“

Lucka: „Chodím nakupovat s mamkou i pro cigarety mamce i Janě sama. Dá mi peníze, ke stánku v Harrachově, zvládnou to sama.“

Já: „Jak trávíš dovolenou a prázdniny?“

Lucka: „Dovolená dobrý, s Janou v Liberci v zoologický zahradě, v hospodě hranolky a smažák.“

Já: „Co děláš nejraději ve volném čase?“

Lucka: „Nevím, ležím, sedím na posteli.“

Já: „A je něco, co bys ráda dělala a neděláš to?“

Lucka: „Tkaní by mě bavilo.“

Já: „A co umíš, co tě baví a máš z toho radost?“

Lucka: „Chodím ven.“

Já: „A je něco s čím máš třeba problém?“

Lucka: „Nemám problém.“

Já: „Je něco, co bys chtěla změnit? S čím jsi naopak spokojená a co bys takhle chtěla nechat?“

Lucka: „Jsem se sebou spokojená, to takhle nechat.“

Já: „Jak se jinak cítíš, co tvoje zdraví?“

Lucka: „Jsem na tom dobře.“

Já: „Bereš nějaké léky, Lucko?“

Lucka: „Jednou večer a ráno, v poledne ne.“

Já: „Jak se staráš o své zdraví?“

Lucka: „Jsem na sebe opatrná.“

Já: „Cvičíš?“

Lucka: „Cvičím v rehabilitaci.“

Já: „Lucko, a s kým se kamarádíš?“

Lucka: „S Míšou (včetně příjmení).“

Já: „A kluka máš?“

Lucka: „Lukáše (včetně příjmení), co se mnou jezdí do Jičína.“

Já: „Kdo je pro tebe v životě nejdůležitější?“

Lucka: „Mamka.“

Já: „S kým by ses chtěla třeba častěji vídat, navštívit ho?“

Lucka: „Za Janou.“

Já: „Kdo ti poradí nebo pomůže?“

Lucka: „Iva (pozn. vychovatelka), Jana taky, mamka.“

3.4.4 Analýza produktu – rozbor činnosti

Obrázek č. 4 z října roku 2010

Lucka dostala za úkol nakreslit obrázek své rodiny, bez bližších instrukcí, s možností využít pastelky všech barev.

Postavy na obrázku jsou kresleny všechny zelenou pastelkou a pouze linkou. Všem chybí krk, tělo je veliké, hranaté, končetiny jsou krátké. Horní končetiny mají náznak rukou a jsou vztyčeny vzhůru.

Uprostřed papíru, největší postava, je matka, Lucka ji kreslila jako první. Jedno oko má prázdné, ústa jsou rovná a posazena velmi nízko. Vlevo od matky je nakreslena sestra Jana, byla kreslena jako druhá. Má delší nohy než figura matky, jsou naznačeny i boty. Jedno oko zůstalo opět prázdné, ústa chybí úplně. Vlasy působí spíše jako čepice. Nejmenší jedinec úplně vlevo je Lucka sama. Postavičce chybí tělo, jsou zde zobrazeny pouze končetiny, chybí nos, ústa i uši.

Lucka se dvakrát při kreslení své rodiny zmínila o tom, že tatínka už nemá. Bylo jí nabídnuto, jestli ho chce do obrázku někam přikreslit, někam, kde by se jí líbil, že určitě může. Nakonec se rozhodla, že ne.

Při dotazování na pořadí kreslení členů rodiny Lucka řekla, že jsou nakresleni od nejstaršího, což však neodpovídá skutečnosti. Lucka ví, že je starší než její sestra Jana.

Obrázek č. 5 z listopadu roku 2010

Obrázek je opět kreslen zelenou pastelkou, i přes to, že Lucka měla možnost vybrat si z plné krabice pastelek. Při dotazování na toto uvedla, že má tuhle barvu ráda.

Konkrétní zadání Lucka nedostala, mohla nakreslit, cokoliv chtěla. Téměř přes celý papír je linkou kreslený domek s okny, s komínem, ze kterého se kouří. Vedle vpravo je menší domek, v něm jsou zobrazeny dvě postavy. Při zpětném rozhovoru Lucka nevěděla, kdo jsou postavy, ani co v malém domku dělají. Postavy jsou kreslené velmi nedbale, není ani jasné, nejsou-li to zvířata. Ve spodní části papíru je podpis Lucky, chybí v něm mnoho písmen a příjmení příliš neodpovídá reálnému, chybí v něm tři písmena, a tři vůbec neodpovídají skutečnosti.

Lucka si o tom, co je na obrázku nakresleno, nechtěla moc povídat, celou dobu se dívala jinam.

3.4.5 Závěrečný komentář ke kazuistice č. 2

U Lucky je za období posledních pěti let patrné velmi markantní zhoršení psychického stavu i sociálních dovedností. Zprvu docela veselá dívka je dnes víceméně zadumaná. Zásadním způsobem se na tomto doslova podepsalo z mého pohledu nevhodné ošetření traumatu z úmrtí otce, jež má zásadní vliv na kvalitu Lucčina života. Většinu roku tráví Lucka v ÚSP, kde je stanovený přesný denní režim, a to včetně docházení do pracovních dílen či kroužků. V nich Lucka neprojevuje větší zájem o nabízenou činnost, je víceméně apatická, postává či posedává nečinně. Jedinou radost během dne projevuje při vaření a pití kávy. Dle mého mínění by stálo za zvážení možné využití jejího zájmu o tuto činnost např. při pomoci s přípravou svačin apod. O víkendech tráví Lucka svůj čas s matkou a občas se sestrou, stejně jako v předchozí kazuistice zde zcela postrádám jakýkoliv společenský život. V první řadě bych se však důsledně zaměřila, na místo pobytů v psychiatrických léčebnách, na psychoterapii k ošetření traumatu, díky tomu by mohla být Lucka z mého pohledu spokojenější a šťastnější, což by se bezpochyby projevilo nejen v běžných denních činnostech, ale také v trávení jejího volného času.

IV. Závěr

Současné nastavení práce s mentálně postiženými v oblasti volnočasových aktivit není dobré. V tuto chvíli je péče o tyto lidi chápána jako přesné rozvržení denních činností, detailně vypracovaný denní harmonogram bez hlubšího zamyšlení nad smyslem volného času v jeho plném významu.

V obou kazuistikách se setkáváme ve větší či menší míře zapojení instituce do péče. V případě Tomáše je to vzhledem k jeho věku a povinné školní docházce minimum času, přesto bych čekala větší propracovanost systému práce s ním. Stejně tak bych i u Lucky shledávala důležitým, aby její volný čas nezaplňovaly pouze pracovní aktivity v terapeutických dílnách nebo naopak nečinné sezení. Jakoby se zapomínalo na to, že i mentálně postižený člověk může chtít mít svůj volný čas, zabývat se v něm něčím, co ho baví, dělá mu radost a nemusí to být pouze práce.

Obecně je v institucionálním měřítku velmi málo kladen důraz při vytváření individuálních plánů na to, co člověka baví a má rád. Středně těžká mentální retardace obvykle těmito lidem docela dobře umožňuje to nějakým způsobem vyjádřit. Nicméně nabídkou služeb, počtem personálu a možná i určitými stereotypy v práci nejsou tato přání či tužby příliš vyslyšeny.

Co se týče trávení volného času sledovaných osob v jejich přirozeném prostředí rodiny, nenašla jsem zde příliš snahy o vytvoření jakýchkoliv kvalitních volnočasových aktivit, u Tomáše se přece jen nachází alespoň počítač, díky němuž se může ledacos nejen naučit, ale baví ho na něm také hrát hry. Jako nevýhodu shledávám možná až ignoraci Tomášovy lásky ke zvířatům, se kterou by se dalo v rámci příjemného trávení volna dobře pracovat. U Lucky jsem objevila opět převážně pracovní náplň činností, stejně jako v ÚSP, kde tráví pracovní dny. U obou pak zcela postrádám sportovní činnosti, kulturní a společenský život.

V pubertě obvykle navazujeme první vztahy, poznáváme sami sebe, s kým se chceme přátelit a s kým ne, pomalu se začínáme osamostatňovat. U lidí se středně těžkou mentální retardací to, jak jsem zjistila, neplatí a nefunguje. Díky mentálnímu defektu zůstávají tito lidé

děle dětmi, a to jak v systému školství, tak ve svých projevech, zájmech. I přes to si ale myslím, že je důležité dívat se na to, co je důležité pro nás, jako většinovou část populace se zdravou výškou intelektu a více se zaměřovat na transformaci toho směrem k mentálně postiženým. Nikdo z nás nechce trávit celé dny jen prací, chceme chodit mezi lidmi, bavit se, poznávat nové. Tak proč se na to u mentálně postižených zapomíná?

Moje velké doporučení směrem k rodině Lucky spočívá především v ošetření traumatu z úmrtí otce. I mentálně postižený člověk tyto těžké stránky života vnímá, ale možná se s nimi neumí tak dobře vypořádat. U Tomáše bych především doporučovala zvážit možnost pořízení domácího zvířete nebo třeba jen pravidelných návštěv útulku pro psy, kde by mohl Tomáš pomáhat při jejich venčení a starání se o ně. Z hlediska ÚSP bych navrhovala více pracovat se standardy kvality Ministerstva práce a sociálních věcí tak, jak je lidsky chápeme a rozumíme jim, protože ne všechno musí být jen o papírování a administrativě, ale mohou nám sloužit jako dobré vodítko ve změnách k lepšímu.

V. Seznam použité literatury

Citace

[1] KREJČÍŘOVÁ, O. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, s. r. o., 2002. ISBN 80-238-8729-7.

[2] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. přepracované vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

[3] ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1998. ISBN 80-7083-282-7.

[4] *Deklarace práv mentálně postižených osob* [online]. OSN, 1971 [cit. 2010-11-18]. Dostupný z WWW: < <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67>>.

[5] FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

[6] ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

Bibliografie

ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. 1.vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7178-979-8.

ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERNÁ, M.; NOVOTNÝ, J.; STEJSKAL, B.; ZEMKOVÁ, J. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2001. ISBN 80-7178-588-1.

KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 1997. ISBN 80-7178-147-9.

KREJČÍŘOVÁ, O. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, s. r. o., 2002. ISBN 80-238-8729-7.

KVAPILÍK, J.; ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-021-00190-9.

NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2004. ISBN 80-7178-872-4.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. přepracované vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-54-X.

ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1998. ISBN 80-7083-282-7.

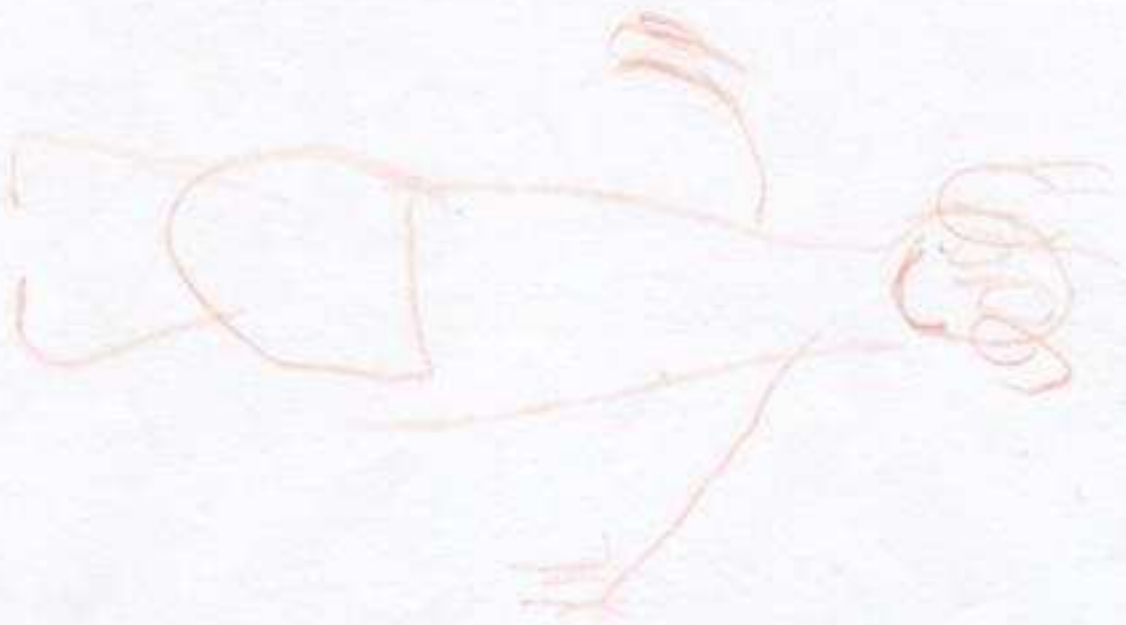
Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. MŠMT, 2006 [cit. 2010-11-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>>.

Deklarace práv mentálně postižených osob [online]. OSN, 1971 [cit. 2010-11-18]. Dostupný z WWW: < <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67>>.

VI. Seznam příloh

Příloha 1	Obrázek č. 1 z 25. září 2005
Příloha 2	Obrázek č. 2 z 11. října 2010
Příloha 3	Obrázek č. 3 z 1. listopadu 2010
Příloha 4	Obrázek č. 4 z 11. října 2010
Příloha 5	Obrázek č. 5 z 1. listopadu 2010

131 MA



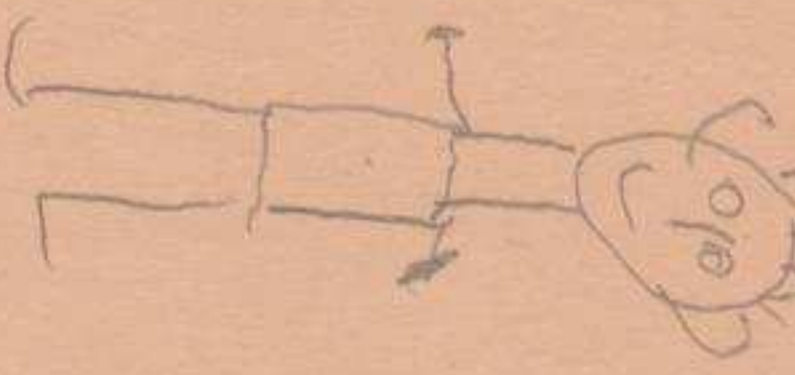
3981 KA



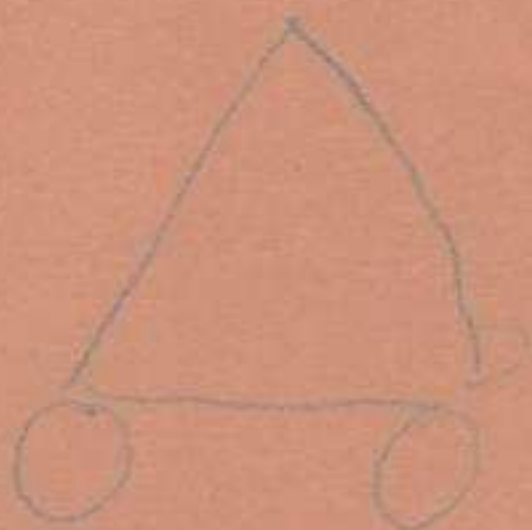
131 DA



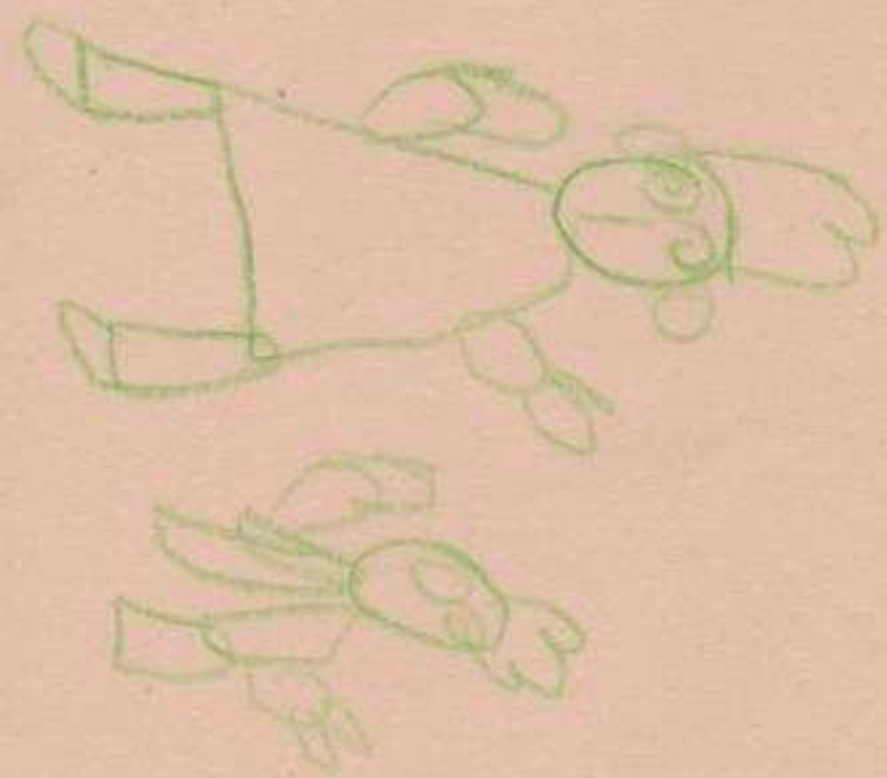
MEMOR TOMÁŠ

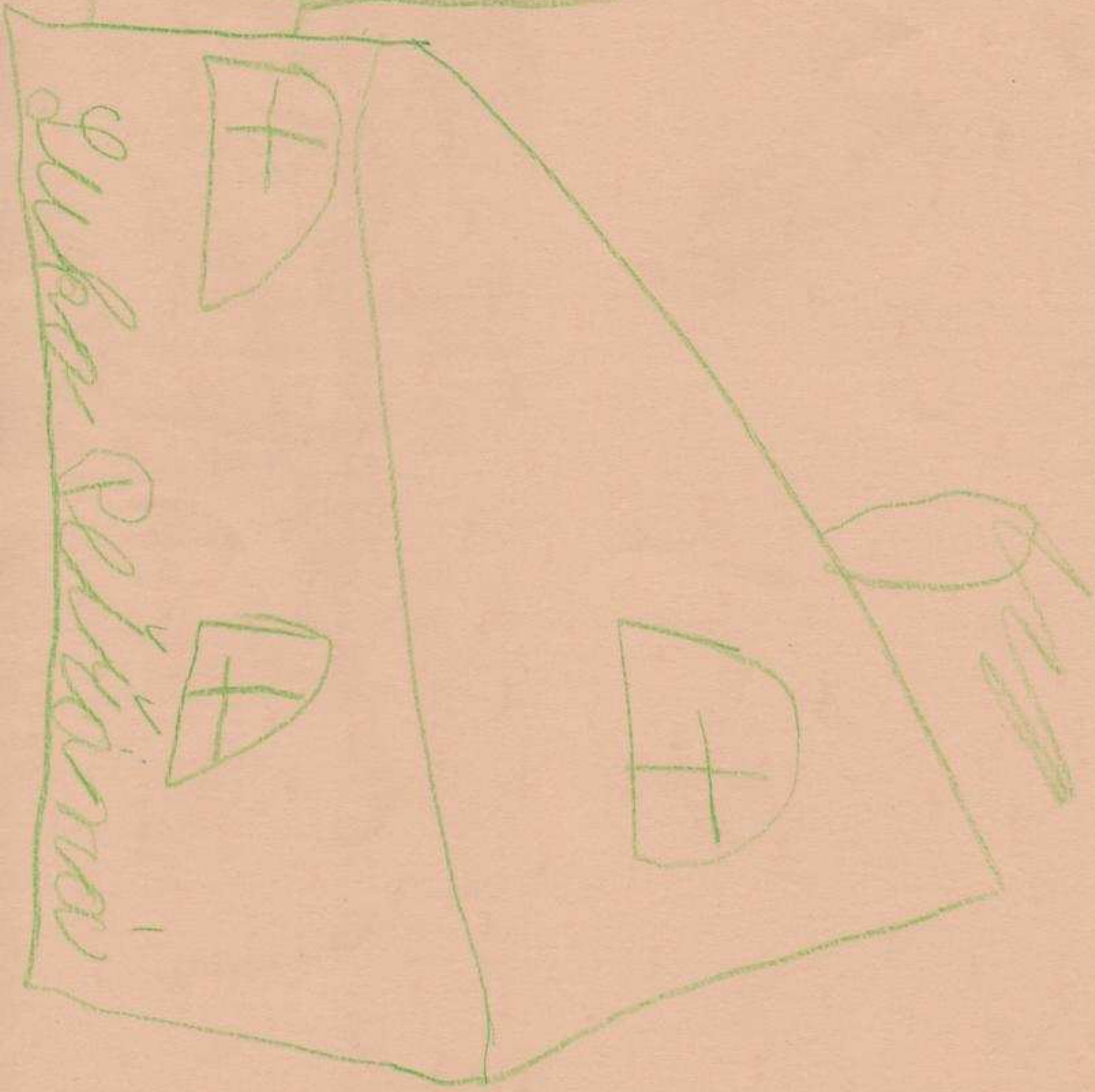
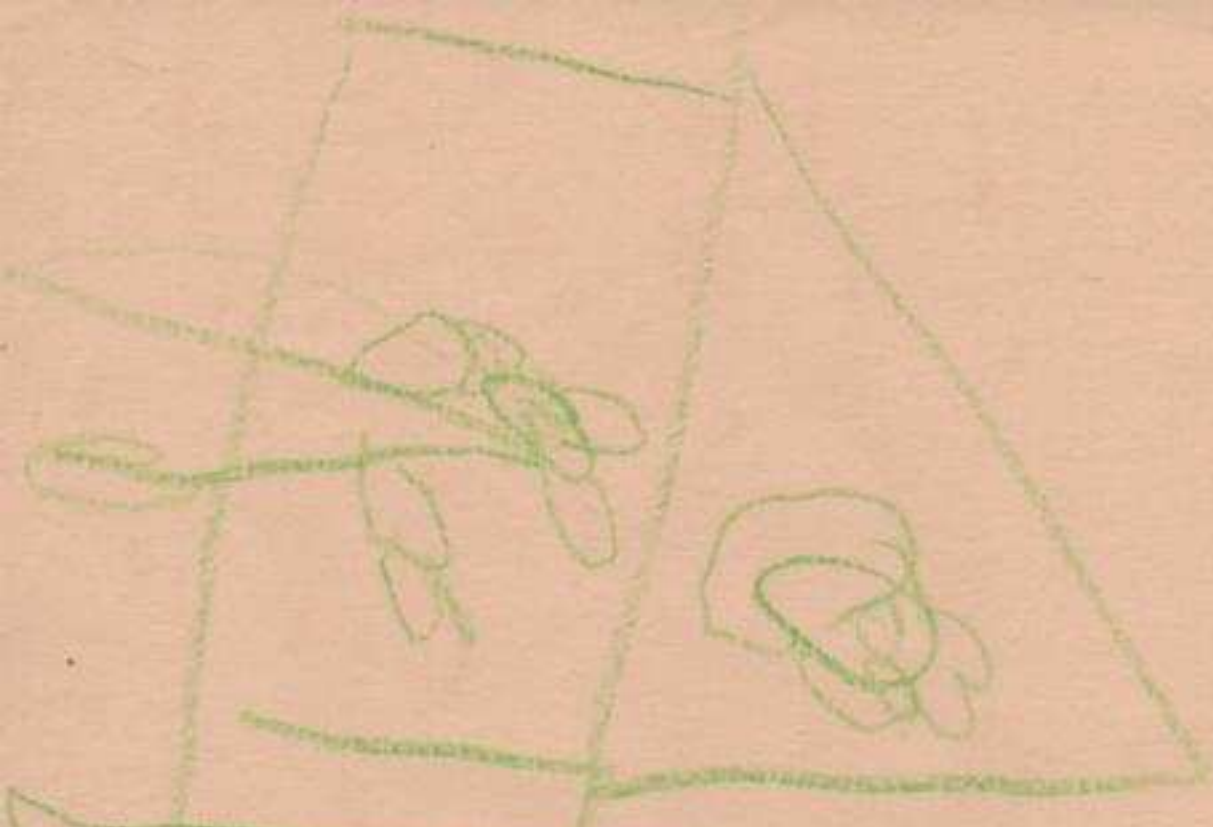


24



24





Huber Polster